



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA  
(ILACVN)**

**SAÚDE COLETIVA**

**SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA:  
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR.**

**YURY LIZETH CARDOZO PRADA**

Foz do Iguaçu

2019

**SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA:  
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR.**

**YURY LIZETH CARDOZO PRADA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Foz do Iguaçu

2019

YURY LIZETH CARDOZO PRADA

**SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA:  
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima  
UNILA

---

Prof. Dr. Francisney Pinto do Nascimento  
UNILA

---

Prof. Dr. Arthur da Silveira Prudente  
UNILA

Foz do Iguaçu, 29 de novembro de 2019.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Yury Lizeth Cardozo Prada

Curso: Saúde Coletiva

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	( X ) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR

Nome do orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Data da Defesa: 29/11/2019

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autora:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 29 de novembro de 2019.

---

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a meus pais, Jaidy Prada Tapia e Primitivo Cardozo Trujillo que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. E aos profissionais farmacêuticos dos NASF's do município de Curitiba pelo trabalho para a ressignificação da sua profissão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me proporcionar perseverança durante toda minha vida.

Aos meus pais, que são meu ponto de partida e meu porto de chegada, agradeço pela sua presença e amor incondicional na minha vida sempre. Esta monografia é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valeram a pena.

À minha segunda mãe, minhas irmãs de coração e minha amiga de infância, pelo apoio e reconhecimento de meus esforços.

À Universidade Federal da Integração Latino-Americana, pela oportunidade de concretização dos meus objetivos, e todo suporte oferecido! Aos professores que encontrei nessa caminhada, especialmente àqueles que reconheceram e confiaram em minhas capacidades. E um agradecimento especial ao meu orientador, professor Rodne de Oliveira Lima que, com toda paciência e amizade, ajudou-me a construir minha identidade acadêmica, não teria conseguido sem você!

Aos amigos com os quais empreendi esta aventura acadêmica, agradeço por cada um dos momentos que a vida nos permitiu compartilhar, pelos sorrisos, pelas lágrimas, pelas conversas e pelo apoio para não desistir no caminho, com certeza levo o melhor de cada um de vocês.

Ao final, no decorrer desta caminhada são inúmeras as pessoas que têm contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional, que sem dúvida alguma fizeram dessa trajetória menos cansativa. Algumas dessas pessoas já empreenderam sua viagem para a eternidade, outras só fizeram uma breve parada na minha vida, e outras continuam este percurso junto a mim, mas todas deixaram um grão de areia para chegar até aqui. Agradecer a todos vocês torna-se uns dos momentos mais gratificantes deste trabalho.

*É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens, mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.*

**Michel Eyquem de Montaigne**

PRADA, Yury Lizeth Cardozo. **Serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica:** Estudo de caso do município de Curitiba-PR. 2019. 114p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMO

Com os objetivos de promover o uso racional de medicamentos e a humanização da atenção farmacêutica aos usuários do SUS, no ano de 2014 o Município de Curitiba-PR implantou o *Projeto Piloto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde para Implementação de Serviços de Clínica Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde*. A presente pesquisa tem por objeto o estudo do processo de concepção e implementação do serviço de clínica farmacêutica para usuários da rede de atenção básica do município. Trata-se de um estudo de caso descritivo, desenvolvido em três fases. A primeira etapa consistiu na realização de pesquisa bibliográfica, mediante leitura e sistematização de estudos relacionados aos seguintes temas: Política Nacional de Assistência Farmacêutica; assistência farmacêutica no SUS; serviços farmacêuticos na atenção à saúde e uso racional de medicamentos. A segunda etapa consistiu em estudo documental, o qual foram analisados os seguintes tipos de documentos relativos ao projeto-piloto: projeto de implantação dos serviços de clínica farmacêutica; portarias regulamentadoras dos serviços de clínica farmacêutica, editadas pela SMS/Curitiba; fluxograma do serviço; protocolos de atendimento dos usuários; relatório de acompanhamento e avaliação dos serviços. A terceira etapa consistiu na realização de 24 entrevistas semiestruturadas, com sujeitos que participaram do projeto-piloto e/ou atuam atualmente nos serviços de clínica farmacêutica. Evidenciou-se que a introdução dos serviços de clínica farmacêutica na rede de atenção básica contribuiu para o aprimoramento da atenção humanizada e integral aos usuários do SUS e para a ressignificação do processo de trabalho dos profissionais farmacêuticos na atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Uso racional de medicamento. Atenção farmacêutica. Assistência Farmacêutica.



PRADA, Yury Lizeth Cardozo. **Servicio de clínica farmacéutica en la red de atención básica:** Estudio de caso del municipio de Curitiba-PR. 2019. 114p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMEN

Con los objetivos de promover el uso racional de medicamentos y la humanización de la atención farmacéutica a los usuarios del SUS, en el año 2014 el municipio de Curitiba-PR implanto el *Proyecto Piloto Cuidado Farmacéutico en la Atención Primaria para Implementación de Servicios de Clínica Farmacéutica en la Redes Regionales de Atención a la Salud*. La presente investigación tiene como objeto el estudio del proceso de concepción e implementación del servicio de clínica farmacéutica para usuarios de la red de atención básica del municipio. Se trata de un estudio de caso descriptivo, desarrollado en tres fases. La primera etapa consistió en la realización de investigación bibliográfica, mediante lecturas e sistematización de estudios relacionados a los siguientes temas: Política Nacional de Asistencia Farmacéutica; asistencia farmacéutica en el SUS; servicios farmacéuticos en la atención a la salud e uso racional de medicamentos. La segunda etapa consistió en el análisis documental, en la cual fueron analizados los siguientes tipos de documentos relativos al proyecto piloto: proyecto de implementación; documentos legales que regulan de los servicios de clínica farmacéutica, editadas por la SMS/Curitiba; diagrama de flujo del servicio; protocolos de atendimientos de los usuarios; informes de acompañamientos y evaluación de los servicios. La tercera etapa consistió en la realización de 24 entrevistas semiestructuradas, con sujetos que participaron del proyecto piloto y/o actúan actualmente en los servicios de clínica farmacéutica. Se evidencio que la introducción de los servicios de la clínica farmacéutica en la red de atención básica contribuyo para mejorar la atención humanizada e integral a los usuarios del SUS y para la resignificación del proceso de trabajo de los profesionales farmacéuticos en la atención a la salud.

**Palabras-clave:** Uso racional de medicamento. Atención farmacéutica. Asistencia farmacéutica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura I</b> – Linha de tempo da concepção e implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba .....	42
<b>Figura II</b> – Principais problemas relacionados à farmacoterapia, entre os usuários do serviço de clínica farmacêutica de Curitiba.....	60
<b>Figura III</b> – Categorias utilizadas para à análises das entrevistas realizadas com os farmacêuticos .....	62
<b>Figura IV</b> – Cobertura do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba .....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
CEME	Agência Central de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PNM	Política Nacional de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério Saúde
CURAME	Comité de Uso Racional de Medicamentos
QUALIFAR-SUS	O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
US	Unidade de Saúde
CRM	Centro de Recursos Materiais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....</b>	<b>18</b>
2.1. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	18
2.2. EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL.....	21
<b>3. PROTOCOLO PARA CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>27</b>
3.1. DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	27
3.2. DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.....	29
3.3. PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA FARMACÊUTICA.....	32
<b>4 EVOLUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA .....</b>	<b>37</b>
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E SITUAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA ATÉ O ANO DE 2013.....	37
4.2. PREPARAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA.....	41
4.3. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA.....	52
<b>5. IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA .....</b>	<b>58</b>
5.1. IMPACTOS INICIAIS DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA.....	58

5.2. DESENVOLVIMENTO E ASSIMILAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.....	61
5.2.1. Implantação e implementação do serviço de clínica farmacêutica .....	62
5.2.1.1. <i>Dificuldades</i> .....	63
5.2.1.2 <i>Estratégias</i> .....	64
5.2.2. Organização do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica.	65
5.2.3. Equipe técnica .....	67
5.2.3.1. <i>Formação dos recursos humanos</i> .....	67
5.2.3.2. <i>Interações com outros profissionais</i> .....	68
5.2.3.3. <i>Prestígio profissional do farmacêutico</i> .....	70
5.2.3.4. <i>Tamanho da equipe</i> .....	71
5.2.4. Visibilidade do usuário na atenção farmacêutica .....	73
5.2.4.1. <i>Relação farmacêutico-usuário</i> .....	73
5.2.4.2. <i>Identificação dos padrões de uso de medicamentos</i> .....	75
5.2.4.3. <i>Visões da assistência farmacêutica</i> .....	77
5.2.5. Realidade atual do serviço.....	78
5.2.5.1. <i>Nível de cobertura</i> .....	78
5.2.5.2. <i>Desafios da atenção farmacêutica</i> .....	81
5.2.5.3. <i>Instabilidade dos objetivos</i> .....	81
5.2.5.4. <i>Perspectivas do farmacêutico nos serviços de saúde</i> .....	82
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE – ROTEIRO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS COM OS FARMACÊUTICOS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>92</b>

<b>ANEXO I – FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZACIÓN DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUARIO).....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO II – REGISTRO DE CONSULTA DE RETORNO (PRONTUARIO).....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO III – MODELO DE LISTA DE MEDICAMENTOS A SER ENTREGUE AO PACIENTE .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO IV – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO, CONSIDERANDO AS CRENÇAS, AS NECESSIDADES E AS PREOCUPAÇÕES DO PACIENTE .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO V – MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO VI – DIÁRIO GLICÊMICO E MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR ....</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A polimedicação, a automedicação e a medicação inadequada são três fenômenos frequentes no contexto de vida da população brasileira, que prejudicam a eficácia da terapia medicativa utilizada e geram reações adversas, ampliando os riscos à saúde. Embora disseminados, em decorrência da venda sem controle de maior parte dos medicamentos, esses fenômenos atingem especialmente as pessoas que sofrem de doenças crônicas.

Entre os objetivos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Resolução No. 338, de 06 de maio de 2014, está enumerada a necessidade de prevenir e controlar os efeitos adversos do consumo frequente de medicamentos. Programas e serviços de orientação sobre o uso racional de medicamentos para usuários do SUS mostram-se essenciais à concretização do dever estatal de garantir a saúde da população. Essas ações compõem o conjunto de iniciativas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e induzem à concretização dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde.

A cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, no âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e seguindo suas diretrizes, implementou o serviço de clínica farmacêutica em sua rede de atenção básica. Tal serviço visa à humanização da atenção farmacêutica, mediante o processo de atendimento clínico do usuário pelo farmacêutico, no qual este profissional consegue identificar as diversas dificuldades que surgem durante a evolução do tratamento medicamentoso, realizando intervenções para promover o cuidado e a recuperação da saúde do indivíduo.

A inserção do serviço de clínica farmacêutica na rede municipal de saúde de Curitiba foi iniciada com a concepção e implementação do *Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde para Implementação de Serviços de Clínica Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde*. Este projeto foi implantado no ano de 2014, após a realização de capacitações dirigidas aos farmacêuticos e às equipes de saúde. Para seu desenvolvimento, mostrou-se necessária a adoção do enfoque interprofissional no desenvolvimento da atenção farmacêutica. Naquele contexto, para prevenir e controlar os efeitos adversos causados pela polimedicação, pela

automedicação e pela medicação inadequada, os usuários da rede de atenção básica receberam, adicionalmente à assistência médica, acompanhamento contínuo por parte de profissional farmacêutico, que atuou na educação e orientação sobre o uso de medicamentos, suas interações e a adequação da terapia medicativa às suas condições pessoais de saúde.

A presente pesquisa teve como objeto o estudo dos processos de implantação e de desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica na rede básica de atenção à saúde do município de Curitiba, entre os anos de 2014 e 2018. Foram objeto de investigação a concepção da política local de assistência farmacêutica, o processo de implantação do serviço de clínica farmacêutica, os objetivos essenciais de seu funcionamento e as estratégias adotadas em seu desenvolvimento até os dias atuais.

O estudo teve por objetivo geral elucidar o processo de concepção, criação e implementação do serviço de clínica farmacêutica em desenvolvimento no município de Curitiba. Para tanto, fazia-se necessário sintetizar a origem histórica e os princípios que fundamentam a organização da política de assistência farmacêutica de Curitiba, identificando seus objetivos no momento inicial de implementação *do Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde para Implantação de Clínica Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde* e na atualidade. Também era necessário identificar as estratégias de implementação do serviço de clínica farmacêutica adotadas após o encerramento do projeto piloto, sintetizar e comparar os principais problemas existentes no uso de medicamentos pela população atendida nos serviços de saúde de Curitiba-PR, no momento anterior à sua implementação e atualmente.

O estudo realizado está caracterizado como um estudo de caso descritivo, destinado a reconstruir o processo de formulação, implantação e implementação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica à saúde do município de Curitiba. O desenvolvimento da pesquisa foi realizado em três fases: a) pesquisa bibliográfica; b) pesquisa documental; e c) entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa bibliográfica sobre o tema teve por objetivo identificar e sistematizar conteúdos que servissem de orientação teórica para o estudo, mediante a seleção de trabalhos em bases de dados eletrônicas, utilizando-se os seguintes descritores: política nacional de assistência farmacêutica; assistência farmacêutica no



SUS; serviços farmacêuticos na atenção à saúde; polimedicação e automedicação na atenção à saúde; e uso racional de medicamentos. As buscas foram realizadas nas seguintes plataformas: Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar (Google Acadêmico).

Após a leitura e sistematização dos conteúdos bibliográficos, procedeu-se à obtenção de documentos que registram a origem histórica, os princípios orientadores e os objetivos que fundamentaram a concepção e a implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba. Foram coletados documentos sobre os seguintes temas: Política Nacional de Assistência Farmacêutica; assistência farmacêutica no SUS; e relatórios técnicos elaborados no âmbito do Programa Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica no Município de Curitiba. Os planos anuais de saúde e os relatórios anuais de gestão não se mostraram úteis à pesquisa, por conterem apenas breves informações sobre o serviço de clínica farmacêutica.

Posteriormente, realizou-se a coleta de dados empíricos mediante a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada. Foram realizadas 24 entrevistas com profissionais farmacêuticos que estiveram vinculados ao *Projeto Piloto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde para Implantação de Clínica Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde*, e ao serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica de Curitiba, no período de 2014 a 2018. Além dos farmacêuticos, outros profissionais também atuaram no serviço neste período. Entretanto, suas funções eram limitadas ao auxílio administrativo (recepcionistas, auxiliares administrativos ou assemelhados), não exigindo formação técnica em saúde. Por esta razão, não foram incluídos entre os informantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas em meio digital, para posterior transcrição.

Tendo em vista o fato de que o projeto de pesquisa previa a realização de entrevistas com profissionais da saúde, um protocolo de pesquisa foi antecipadamente elaborado e submetido à análise de comitê de ética, por meio da plataforma Brasil. O protocolo número 3.240.375 foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas – UDC e pelo Comitê de Ética/Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de Curitiba. A participação dos sujeitos da pesquisa foi espontânea, e todos foram informados

detalhadamente dos objetivos da pesquisa e da destinação e guarda de seus depoimentos. No corpo do trabalho, as referências às suas falas são sempre registradas de modo anônimo.

Para a análise dos documentos e das entrevistas foi adotado o método da análise de conteúdo, conforme descrito em Bardin (2011), aplicando-se a técnica da categorização, após agrupamento dos conteúdos relevantes em torno de categorias formuladas a partir da interpretação global dos textos. As categorias empregadas para análise dos documentos foram as seguintes:

- a) concepção do serviço de cuidado farmacêutico na rede de atenção básica;
- b) capacitação dos farmacêuticos para a implantação do serviço; e
- c) planejamento e implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica. Para a análise das transcrições das entrevistas foram empregadas as seguintes categorias:
  - e) Implantação e implementação do programa cuidado farmacêutico na atenção básica;
  - f) organização do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica;
  - g) equipe técnica;
  - h) visibilidade do usuário na atenção farmacêutica; e
  - i) realidade atual do serviço.

Essas categorias foram, por sua vez, cindidas em subcategorias.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo evidencia-se o avanço das políticas de assistência farmacêutica tanto no marco da Organização Mundial da Saúde, como no contexto brasileiro. No segundo capítulo trata-se do desenvolvimento das diretrizes do Ministério da Saúde para implementação do serviço de clínica farmacêutica no município de Curitiba. O terceiro capítulo apresenta a cronologia do processo de concepção e implantação do serviço de clínica farmacêutica em Curitiba. Em seguida, o quarto capítulo expõe a implementação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município. Finalmente, as considerações finais registram as conclusões mais relevantes sobre os avanços na atenção farmacêutica no município de Curitiba-PR.

## 2 EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Este capítulo apresenta a evolução das concepções de atenção farmacêutica no âmbito da Organização Mundial da Saúde, além do desenvolvimento de políticas públicas de saúde, especificamente no contexto da atenção farmacêutica no Brasil.

### 2.1. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma reunião em Nova Delhi (Índia), com a finalidade de discutir o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Nessa conferência foi ressaltada a relevância da atuação do farmacêutico no processo saúde-doença, e de sua inserção na equipe de atenção à saúde. Das conclusões dessa cúpula devem ser ressaltadas: a) o farmacêutico foi qualificado como profissional indispensável à organização e execução dos serviços de apoio em saúde; b) tendo em conta que os fármacos são uma ferramenta essencial para a recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, é necessário que a gestão dos medicamentos seja eficiente, com a finalidade de dotar de maior eficácia a prestação do serviço de saúde (OMS, 1990).

Com o objetivo de reformular as funções do farmacêutico no âmbito do sistema de saúde, a OMS realizou em 1990 outra reunião em Genebra (Suíça), na qual foram elencadas recomendações que apontavam o caminho em direção a garantir o acesso a medicamentos e aos serviços farmacêuticos à população. Entre as recomendações, podem ser destacadas:

- I. Todos los países deben promulgar una legislación sobre medicamentos, que se debe actualizar periódicamente y hacer cumplir en forma estricta.
- II. El farmacéutico debe desempeñar una función central de asesoría e información a los pacientes y al público en general, sobre el uso de medicamentos y de cooperación con los prescriptores para garantizar un enfoque común de asesoría e información a los pacientes.
- III. Los farmacéuticos deben informar debidamente a los pacientes y al público en general sobre los efectos indeseables de los medicamentos y vigilar esos efectos y sus consecuencias en colaboración con otros profesionales de salud y las autoridades indicadas.
- IV. Los farmacéuticos deben prestar sus servicios de asesoría profesional, asociados con la dispensación o la venta de medicamentos, en un lugar tranquilo de la farmacia.

V. Los médicos y los farmacéuticos de las comunidades y hospitales deben trabajar juntos para establecer sistemas comunes de selección de medicamentos, y se debe definir la función del farmacéutico como asesor del médico y de otros profesionales de salud (OMS,1990: p. 33).

Após a reunião de Genebra, a OMS convocou novamente seus participantes, na cidade de Tóquio (Japão), em 1993, com o fim de dialogar sobre os avanços do papel do farmacêutico nos sistemas de saúde dos diferentes países. Além de analisar as recomendações elencadas na reunião anterior, foi apresentado e adotado o conceito de atenção farmacêutica, que restou definido como:

Práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. La Atención Farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente (OMS,1993: p. 3)

Embora a atenção em saúde, o uso racional de medicamentos e o desenvolvimento da atenção farmacêutica sejam influenciados por fatores socioeconômicos nos diferentes países, a farmacoterapia tem sido convertida no recurso mais utilizado nas práticas terapêuticas da saúde, especialmente nos países em que a expectativa de vida tem aumentado, já que este fato eleva a incidência de doenças crônicas, desencadeando o incremento da oferta e do consumo de medicamentos. Nesse contexto, faz-se necessário garantir a farmacoterapia adequada, que permita atingir as necessidades de saúde individuais e coletivas da população de forma segura e econômica. O uso inadequado de fármacos acarreta, entre outras consequências, a sobrecarga econômica dos usuários e do sistema de saúde, o que levou a OMS a enfatizar que “es necesario garantizar la utilización racional y económica de los medicamentos en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo” (OMS,1993, p. 5).

Na mesma ocasião, os Estados participantes da OMS, além de adotarem um conceito da atenção farmacêutica, definiram as ações prioritárias a serem desenvolvidas em seu bojo: identificar, avaliar e priorizar problemas no tratamento medicamentoso; preparar e fornecer os medicamentos; estabelecer as metas do tratamento, juntamente com o prescritor; monitorar os resultados terapêuticos e adotar as medidas

complementares adequadas. Também foi solicitado aos governos a promoção da atenção farmacêutica, mediante a criação de políticas para sua inserção nos sistemas de saúde (OMS, 1993).

Na 47ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1994, na cidade de Genebra, por meio da resolução 4.712 foram apresentadas as seguintes recomendações:

- I. Definir la función del farmacéutico en la promoción y aplicación de la política farmacéutica nacional en el marco de la estrategia salud para todos de la OMS.
- II. Aprovechar plenamente la competencia técnica del farmacéutico en todos los niveles del sistema de atención en salud, y especialmente, en el desarrollo de las políticas farmacéuticas nacionales.
- III. Comprometerse directamente al desarrollo y aplicar políticas farmacéuticas nacionales para mejorar el acceso equitativo a medicamentos esenciales de buena calidad y a un costo asequible, e intensificar los esfuerzos para fomentar el uso racional de los medicamentos.
- IV. Reforzar la aplicación de políticas y programas sobre medicamentos (OMS, 1994: p.13)

Na cidade de Vancouver (Canadá), em 1997, a OMS deu continuidade às reuniões desenvolvidas anteriormente em Genebra e Tóquio, para retomar o tema do papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Esta reunião foi orientada especificamente para o tema da educação farmacêutica e definiu as sete competências fundamentais do farmacêutico: prestador de serviços farmacêuticos em uma equipe de saúde, tomador de decisões, comunicador, líder, gerente, pesquisador e educador (OMS, 2013).

Em 1998 foi realizada a quarta reunião, na cidade de Haya (Holanda), na qual foi discutido o papel do farmacêutico na promoção dos autocuidados e na prevenção da automedicação, temas que se tornaram relevantes em decorrência da tendência mundial de dispensar a exigência de prescrição médica para o uso de medicamentos, o que amplia a importância da atenção farmacêutica para a promoção do uso racional dos fármacos (OMS, 2013).

As reuniões desenvolvidas no marco da OMS, para definição do papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, tiveram repercussão nas Américas, motivando discussões nos diferentes países, marcadas tanto pela situação socioeconômica de cada um deles, como também pelo número de farmacêuticos e práticas farmacêuticas em uso. No processo da reformulação das ações do farmacêutico na atenção à saúde no continente americano possui destaque a realização das

*Conferências Panamericanas de Educação Farmacêutica*, que tiveram como propósito reformular as grades curriculares dos cursos universitários de farmácia, adaptando-as ao novo paradigma da atenção farmacêutica (OMS, 2013).

## 2.2. EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

A relevância das políticas de atenção farmacêutica foi inicialmente reconhecida no Brasil na década de 1960, com a aprovação da *Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para o Uso Farmacêutico Humano e Veterinário*, por meio do Decreto Presidencial 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Nesta relação foram elencados os medicamentos utilizados na farmacoterapia das enfermidades mais frequentes no país.

Nova evolução da assistência farmacêutica ocorreu em 1971, quando a Agência Central de Medicamentos (CEME) foi criada, por meio do Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. A CEME era um órgão dependente da Presidência da República, encarregado de promover o acesso a medicamentos essenciais para uso humano, mediante a diminuição do valor de compra, possibilitando que a população de baixa renda fizesse uso deles. Em 1975, a CEME deixou de ser um órgão dependente da Presidência da República e passou a constituir órgão autônomo do Ministério da Previdência e Assistência Social. No mesmo ano foi facilitada a aquisição de alguns medicamentos, que passaram a ser ofertados a preços baixos, ou mesmo fornecidos gratuitamente para aqueles que não tinham recursos econômicos para adquiri-los. Dez anos depois, a CEME passou a compor a estrutura do Ministério da Saúde (BRUNS, 2013).

A origem das relações essenciais de medicamentos remonta à 28ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1975, na cidade de Genebra. Naquela assembleia, uma das principais questões abordadas foi o crescimento do número de produtos farmacêuticos lançados no comércio, sem obtenção de resultados significativos em favor da saúde da população, além de seu alto custo de aquisição, prejudicial economicamente aos Estados. Sendo este o quadro daquele momento, sentia-se a necessidade de adotar uma estratégia que minimizasse os efeitos econômicos e sociais decorrentes do alto custo da atenção farmacêutica. Com esta finalidade, naquele mesmo ano a OMS elaborou e publicou uma lista de “medicamentos essenciais”, considerados

indispensáveis para garantir a saúde da população mundial. Os medicamentos incluídos na lista foram selecionados levando-se em conta a prevalência das doenças, os recursos financeiros disponíveis para a saúde e o perfil epidemiológico de cada país (OMS, 1977). A partir daquele mesmo ano, o Brasil também adotou essa estratégia, criando a *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME). Em consonância com as recomendações estabelecidas pela OMS, essa lista foi incorporada entre as ações da CEME. Posteriormente, em 1997, a Presidência da República, por meio do Decreto nº 2.283, de 24 de julho daquele ano, desativou a Central de Medicamentos (BRUNS, 2013).

No Brasil, a proteção jurídica do direito à saúde foi ampliada a partir da edição da Constituição Federal de 1988, como um dos resultados alcançados pelo movimento da reforma sanitária. De fato, está expresso no artigo 196 da Constituição vigente:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No mesmo momento, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, por força do disposto no artigo 198 da Constituição Federal. Posteriormente, o funcionamento do SUS foi regulamentado pela edição da Lei Nacional 8.080/1990. Segundo as disposições constitucionais e a regulamentação existente na Lei Orgânica da Saúde, o Estado brasileiro reconheceu a saúde como direito fundamental da pessoa humana, assumindo o dever de garanti-la e protegê-la, oferecendo ações e serviços de saúde que alcancem sua promoção, proteção e recuperação, conforme as necessidades individuais e coletivas da população. O artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde estabeleceu o campo de ação do SUS, elencando entre suas funções a assistência terapêutica integral, nela incluída a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990).

Portanto, constitui obrigação dos entes federados no Brasil a criação, execução e implementação de ações e serviços destinados a ofertar adequada atenção farmacêutica à população, tendo-se presente o princípio da atenção integral à saúde. Para Paim e Silva (2010) o princípio da integralidade possui diversas perspectivas: primeiro, referem-se a esse princípio como uma ação que permite integrar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde com uma visão preventiva em seus três níveis; em seguida, mencionam a integralidade como uma atuação profissional que

permite englobar as dimensões biológica, psíquica e social; e, por último, como um fato que permite garantir ao usuário a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Após a desativação da CEME e a criação e implementação do SUS, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, o Ministério da Saúde, diante da necessidade da existência de políticas especificamente relacionadas aos medicamentos, e tendo em conta as diretrizes do SUS, criou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o fim de garantir o acesso da população a medicamentos seguros, de qualidade e eficazes. Algumas de suas diretrizes são: adoção da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME), regulamentação sanitária de produção, oferta e uso de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001).

Além da PNM, ocorreram outros avanços no âmbito da atenção farmacêutica para a população brasileira. Entre tais avanços, destaca-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Lei No. 9.782/1999. A ANVISA é a agência reguladora em saúde que tem, entre suas finalidades institucionais, o objetivo de promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços de interesse da saúde, e por isso submetidos à vigilância sanitária. Entre as funções da ANVISA encontra-se: promover a revisão e atualização da farmacopeia; monitorar a evolução dos preços dos medicamentos; controlar e realizar a fiscalização sanitária de medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias utilizados em sua produção (BRASIL, 1999).

No contexto da *Política Nacional de Medicamentos*, e com base na diretriz de reorientação da atenção farmacêutica, por meio da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada a *Política de Assistência Farmacêutica*, estabelecendo-se os seguintes princípios:

a) a articulação permanente entre a *Política de Assistência Farmacêutica* e a *Política Nacional de Saúde*, que executa ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, guiadas pelos princípios doutrinários do SUS;



- b) a assistência farmacêutica deve ser concebida como política pública na qual exista a possibilidade de implementar estratégias e ações intersetoriais, que tenham como principal objetivo a garantia de acesso dos usuários, de modo universalizado e integral, de tal maneira que sua implementação aconteça não apenas nos serviços públicos, mas também nos serviços privados de atenção à saúde;
- c) a definição da assistência farmacêutica como um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, sendo a medicação um insumo essencial, objetivando-se a garantia de acesso e seu uso racional; e por último,
- d) a assistência farmacêutica visa proporcionar um cuidado farmacêutico humanizado, em que o farmacêutico realiza interação direta com o usuário, permitindo a farmacoterapia racional, levando-se em conta uma visão integral do indivíduo, em que as características biológicas, sociais e psicológicas são respeitadas, permitindo melhorar a qualidade de vida dos usuários do SUS (BRASIL, 2004).

O *Programa Nacional de Qualificação de Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde* (QUALIFAR-SUS), foi instituído pela Portaria 1.214, de 13 de julho de 2012. Esta portaria define como objetivo do programa:

Contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada (BRASIL, 2012, p. 1).

Em 2009, o *Componente Especializado de Assistência Farmacêutica* (CEAF) foi regulamentado. De acordo com o art. 2º da Portaria 1.554, de 30 de julho de 2013, o CEAF é uma estratégia de acesso de medicamentos no campo do SUS, que visa garantir o tratamento medicamentoso integral, em nível ambulatorial, por meio de linhas de cuidado que são estipuladas nos *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas* (PCDTs) divulgados pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs definem as linhas de cuidado e a melhor abordagem do tratamento terapêutico em diferentes situações, tomando como referência as melhores evidências disponíveis. Nas linhas de cuidado do CEAF encontram-se relacionados os medicamentos ofertados pela rede pública de saúde, que são classificados em três grupos:

- a) Grupo 1: é aquele cuja responsabilidade financeira cabe exclusivamente à União. Este primeiro grupo é dividido da seguinte forma: grupo 1A - medicamentos com compras centralizadas pelo Ministério da Saúde e grupo 1B - medicamentos obtidos por transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo. O armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos que compõem o grupo 1 (1A e 1B) é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) o grupo 2 é composto por medicamentos cuja aquisição é de responsabilidade financeira das Secretarias Estaduais de Saúde; e
- c) o Grupo 3 é composto por medicamentos que compõem a lista do *Componente Básico de Assistência Farmacêutica*, cuja responsabilidade de custeio da aquisição recai sobre os três entes federativos – União, Estados e municípios, sendo estes últimos os responsáveis por sua aquisição e dispensação (BRASIL, 2018).

Por outro lado, o envelhecimento da população está desencadeando alguns fenômenos que pressionam diretamente a demanda por medicamentos no SUS. O aumento do consumo de fármacos é atribuído ao crescimento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que ampliam seu uso contínuo, gerando um custo social mais elevado, especialmente em decorrência do alto custo de incorporação de novos medicamentos. Restrições orçamentárias comprometem a disponibilidade desses medicamentos no Sistema Único de Saúde. Na maior parte das situações, a falta de disponibilidade de medicamentos para uso contínuo envolve a substituição do medicamento prescrito pelo médico ao usuário, comprometendo o controle da doença ou a adesão à terapia, e impactando negativamente na eficácia do tratamento realizado (NASCIMENTO e ALENCAR, 2011).

O QUALIFAR-SUS foi instituído pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012). O programa está organizado em quatro eixos:

- I. Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos;

II. Eixo Educação: promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais da saúde, para a qualificação das ações da assistência farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no contexto das Redes de Atenção à Saúde;

III. Eixo Informação: produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da assistência farmacêutica;

IV. Eixo Cuidado: inserir a assistência farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2015a, p. 30).

Com base nas informações até aqui reunidas, pode-se concluir que o avanço da política da atenção farmacêutica no Brasil foi diretamente influenciado pela evolução das concepções acerca do papel do farmacêutico nos sistemas de saúde, tanto no âmbito da OMS, quanto no contexto do SUS. Torna-se claro que o farmacêutico desempenha uma função importante nas ações de cuidado, promoção e reabilitação da saúde individual e coletiva da população. Nesse sentido, pode-se afirmar que o aprimoramento do SUS requer a implementação de políticas voltadas ao aperfeiçoamento da assistência farmacêutica à população usuária, que valorizem a participação ativa do farmacêutico no acompanhamento das terapias medicamentosas prescritas aos usuários e promovam o uso racional dos medicamentos.

### **3. PROTOCOLO PARA CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA**

Neste capítulo apresenta-se uma visão geral sobre atenção farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, ademais de apresentar o processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos e o modelo clínico desenvolvido para implantação dos serviços de clínica farmacêutica.

#### **3.1. DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Embora a implementação do Sistema Único de Saúde tenha proporcionado avanços nas políticas de saúde no Brasil, ainda existem deficiências na garantia de serviços à população. Um exemplo dessas falhas acontece na política de atenção farmacêutica, que enfrenta problemas relacionados à prescrição e ao uso não racional de medicamentos, comprometendo a eficácia terapêutica e a saúde dos usuários. Além disso, a indústria farmacêutica tem criado estratégias de marketing para promover o consumo de medicamentos, incentivando a população à automedicação e ao uso abusivo de fármacos, fatos que provocam o aumento de reações adversas, tais como resistência microbiana, intoxicações e morbimortalidade relacionadas aos medicamentos. Adicionalmente, a não adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos usuários também é um problema para o sistema de saúde, dado que, nesses casos, a finalidade do tratamento não é alcançada, convertendo-se em um gasto desnecessário para o usuário e para o sistema de saúde (BRASIL, 2015a). De acordo com Mendes (2011, pag.122) “(...) na perspectiva econômica, os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar”.

A deficiência de políticas gerenciais e estruturais compromete o acesso da população, oportuno e em quantidade e qualidade suficientes, aos medicamentos que necessita, constituindo causa direta dos problemas relacionados à prescrição e ao uso de medicamentos no Brasil. Além disso, o desenvolvimento econômico, a facilitação do acesso a novas informações sobre terapias medicamentosas e o aumento da prevalência

de doenças crônicas na população encontram-se na origem de novas necessidades em matéria de atenção farmacêutica, que o sistema de saúde não logrou atender (CORRER, 2011). No Brasil, tem-se desenvolvido pesquisas que analisam as dificuldades do processo medicamentoso em diferentes regiões do país, as quais revelam a necessidade de criar ações e estratégias que garantam os resultados terapêuticos desejados, enfrentando-se problemas como o desabastecimento de medicamentos nos serviços públicos de saúde, a polimedicação de pacientes com doenças crônicas e o hábito da automedicação pela população em geral (BRASIL, 2015a).

Mesmo existindo esse tipo de estudos, ainda são ignorados os alcances dos impactos econômicos e sobre o estado de saúde da população causados por esses problemas. Ainda assim, encontram-se informações em estudos internacionais e em dados disponíveis no DATASUS, os quais mostram que,

[...] apenas no ano de 2013, podem ter ocorrido entre 1,2 milhão e 3,2 milhões de internações de urgências ligadas a problemas relacionados aos medicamentos. Isto considerando um universo de aproximadamente 48 milhões de atendimentos de urgência e emergência e 11 milhões de internações de urgências naquele ano, a um custo médio de R\$ 1.135,26 por usuário, por internação. O custo total das hospitalizações pode ser estimado entre R\$ 1,3 bilhão e R\$ 3,6 bilhões, somente em 2013. Assim, numa avaliação conservadora, a economia de recursos poderia ser de até R\$ 2,5 bilhões ao ano, somente com hospitalizações, se 70% desses problemas, considerados evitáveis, fossem realmente evitados (BRASIL, 2015a, p. 44).

Tendo em conta a relevância do medicamento como recurso terapêutico na atenção à saúde, seja desde o ponto de vista econômico ou desde o ponto de vista sanitário, a atenção farmacêutica foi organizada como política pública no âmbito das intervenções assistenciais de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. A atenção farmacêutica foi inserida no sistema de apoio fundamental para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) as quais são definidas na Portaria nº 4.279/2010 como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica. Fundamenta-se na compreensão da APS [Atenção Primária à Saúde] como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

A organização da atenção farmacêutica com base na RAS é considerada uma estratégia que permite superar a fragmentação entre os serviços que envolvem o tratamento medicamentoso na atenção básica e os demais níveis de assistência à saúde no SUS. Para isso se faz necessária a adequação dos serviços de atenção farmacêutica, tendo em conta a logística dos medicamentos, que envolve o processo de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, com a finalidade de providenciar o medicamento adequado, para o usuário adequado, no momento em que ele precisa e com a regularidade, suficiência e qualidade; e os serviços de clínica farmacêutica, que compreendem o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento e a conciliação de medicamentos, com a finalidade de garantir o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para a população, de forma individual e coletiva (MENDES, 2011).

### 3.2. DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

As ações desenvolvidas na logística do medicamento têm sido atribuição específica do profissional farmacêutico por muito tempo. O processo de trabalho de dito profissional no âmbito do SUS tem consistido essencialmente nas atividades de gerenciamento e fornecimento de fármacos, dedicando-se quase que exclusivamente à logística dos medicamentos, em prejuízo do cuidado efetivo do usuário. A limitação das atividades do profissional farmacêutico às tarefas de logística dos medicamentos é a origem de falhas na assistência ao paciente, no que se refere ao tratamento medicamentoso, as quais podem gerar maior sofrimento humano, incapacidade física e psíquica, redução da qualidade de vida e até a morte, além de ocasionarem maiores custos e desperdícios de recursos para o SUS e para a sociedade (BRASIL, 2015a).

Essas falhas podem ser supridas com a oferta de serviços de clínica farmacêutica na rede de atenção básica. Para tanto, faz-se necessário o redesenho do processo de trabalho do farmacêutico na equipe de saúde. É importante ressaltar que, para a obtenção de resultados terapêuticos desejados, requer-se um trabalho articulado entre os profissionais da saúde que assistem diretamente o tratamento medicamentoso do usuário, dado que o médico é o profissional responsável pelo início de tratamento

terapêutico e os enfermeiros e farmacêuticos são corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pelo suporte ao usuário e pelo monitoramento dos resultados terapêuticos, com o finalidade de promover o alcance dos objetivos do tratamento terapêutico, a adequada observância da prescrição medicamentosa, a disponibilidade do medicamento de modo oportuno e acessível e o cumprimento do regime terapêutico (BRASIL,2015a).

A atuação do farmacêutico no processo de cuidado da saúde, por meio do serviço de clínica farmacêutica, visa promover a interação humanizada entre o profissional e o usuário, de tal modo que se alcancem as metas mencionadas a seguir:

- I. A orientação dos pacientes direcionadas ao acesso dos medicamentos por meio da atenção básica, dos componentes estratégicos e especializado da assistência farmacêutica.
- II. A educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua compreensão do tratamento e promover o autocuidado.
- III. A promoção da adesão do paciente ao tratamento, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a tomada de medicamentos.
- IV. A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.
- V. A avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde.
- VI. A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, de interações medicamentosas, de reações adversas, de intoxicações e de riscos associados aos medicamentos.
- VII. A educação do paciente para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados à terapêutica (BRASIL, 2015b, p. 23).

Para o alcance das metas elencadas, no *Projeto Piloto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde para Implantação de Clínica Farmacêutica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde* foram relacionadas as seguintes prioridades:

- a) ações que avaliem as prescrições de medicamentos, verificando se os fármacos utilizados pelos usuários da rede pública são ou não são prescritos, com o fim de identificar se existem problemas que envolvam a interação deles;
- b) ações que permitam ao farmacêutico conciliar a medicação, quando o usuário está no processo de transição entre níveis assistenciais;
- c) ações que avaliem e promovam a adesão terapêutica – estas ações são dirigidas aos usuários polimedicados, já que a maioria de seus tratamentos medicamentosos são complexos e contínuos;

- d) ações de aconselhamento ao usuário, as quais têm como objetivo conscientizá-lo sobre seu estado de saúde e sobre a importância do tratamento terapêutico; e
- e) ações de acompanhamento, que consistem em identificar se as metas terapêuticas estão sendo cumpridas.

O projeto piloto previa o desenvolvimento dessas ações por meio de consultas farmacêuticas com o usuário, em ambiente privado e de forma individual, ou consultas compartilhadas com outros membros da equipe da saúde, nos casos em que fosse isto necessário. O processo de trabalho durante a consulta farmacêutica foi estruturado em quatro etapas:

- I. Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados: esta etapa é realizada por meio de uma anamnese farmacológica, e dos relatos do usuário ou das pessoas envolvidas no cuidado da saúde dele e/ou dos profissionais da saúde, além dos dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas e outros documentos que permitam identificar o perfil do paciente, realizar a história clínica e a história farmacoterapêutica;
- II. Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia: realiza-se por meio da análise situacional, da revisão da farmacoterapia e da identificação de problemas e fatores de risco;
- III. Delineamento de um plano de cuidado com o usuário: após a avaliação e o reconhecimento dos problemas farmacoterapêuticos, o farmacêutico constrói um plano de cuidado, o qual pode incluir intervenções farmacêuticas, como a reorganização do tratamento medicamentoso, o fornecimento de materiais educacionais ou de aconselhamento ao usuário, o encaminhamento a outros profissionais e o agendamento de retorno;
- IV. Acompanhamento individual do usuário: nas consultas de retorno o farmacêutico avalia os resultados e o progresso do usuário, observa se as metas terapêuticas foram cumpridas e verifica se o usuário apresenta novos problemas com o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2015b).

Os usuários terão acesso às consultas farmacêuticas por meio das seguintes estratégias:

- I. Busca ativa: usuários identificados por meio da entrega de medicamentos ou de prontuários, com agendamento das consultas feito diretamente pelos farmacêuticos;



II. Usuários que tiveram alta hospitalar recente. Para tanto, pode haver identificação e comunicação direta, por parte do farmacêutico hospitalar ao farmacêutico da ABS [Atenção Básica em Saúde], de modo que os usuários possam ser identificados e agendados;

III. Encaminhamento via equipe de saúde, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares das farmácias. O farmacêutico propõe os critérios, discute e capacita as equipes para encaminhamento, e os usuários poderão ser agendados diretamente para consulta farmacêutica.

IV. Demanda espontânea: usuários com queixas, que buscam atendimento do farmacêutico, podem ser agendados conforme disponibilidade (BRASIL, 2015, p. 83).

Além das ações desenvolvidas nas consultas farmacêuticas, também estava prevista a execução de atividades técnico-pedagógicas, dirigidas à população em geral, com o objetivo de construir uma nova cultura, na qual o medicamento seja visto como um instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e reabilitação da saúde, quando utilizado de forma adequada, e, por outro lado, fomenta-se a consciência de que o uso inadequado de fármacos se converte em um risco para a saúde dos indivíduos. As atividades técnico-pedagógicas são ações de caráter clínico e educacional, e estão dirigidas a dois públicos alvos:

I. A equipe de saúde, conformada pelos profissionais da equipe de assistência domiciliar à saúde e dos demais profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, incumbida do desenvolvimento de ações que aportem conhecimentos e habilidades para a promoção do uso racional de medicamentos, ademais de gerar informações baseadas em evidências que permitam melhorar os resultados terapêuticos dos usuários;

II. Usuários dos serviços de saúde, seus familiares e outros participantes de ações destinadas a criar espaços nos quais a comunidade realiza a troca de experiências no que concerne à farmacoterapia e ao cuidado em saúde. Nesse âmbito, também devem ser abordados temas relevantes para a comunidade, que promovam o autocuidado e a autonomia no tratamento terapêutico (BRASIL, 2015b).

### 3.3. PROCESSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA CLÍNICA FARMACÊUTICA

Para implantação dos serviços de clínica farmacêutica foi padronizado o processo de trabalho dos farmacêuticos, por meio de uma proposta de capacitação que buscava

Guiar o profissional por caminhos que o direcionem a um processo de trabalho coerente, organizado, objetivo e reproduzível, levando em consideração pontos específicos que não devem ser esquecidos durante o exercício de cuidado farmacêutico” (BRASIL, 2015b, p. 43).

As capacitações visam transformar o próprio serviço farmacêutico, implantando uma abordagem diferente, na qual o farmacêutico redesenhe sua profissão e suas práticas na atenção básica à saúde. Sua concepção está fundada em um modelo misto, conformado por três estratégias pedagógicas: desenho dos objetivos de aprendizagem, estudo dirigido e capacitação para implementação de um serviço de clínica farmacêutica, cada uma delas com atividades específicas, que permita aos profissionais desenvolver habilidades no cuidado farmacêutico (BRASIL, 2015b).

Os desenhos dos objetivos de aprendizagem foram elencados segundo o propósito de possibilitar ao farmacêutico o desenvolvimento das seguintes habilidades ao final do processo de capacitação:

- I. Descrever as etapas de uma consulta farmacêutica relacionando-as ao método clínico de cuidado em saúde.
- II. Organizar o perfil do paciente, coletando informações sobre capacidade de gestão dos medicamentos, história social e familiar, fatores de risco e acesso aos medicamentos.
- III. Construir uma história de medicação completa do paciente, avaliando seu conhecimento, sua adesão ao medicamento e a suas suspeitas de reações adversas.
- IV. Construir uma história clínica do paciente, classificando o estado atual de cada problema de saúde existente.
- V. Identificar problemas de saúde relacionados à farmacoterapia, aplicando critérios implícitos e explícitos de avaliação.
- VI. Realizar intervenções farmacêuticas, registrando-as com as ações pactuadas com o paciente.
- VII. Elaborar um registro de atendimento no prontuário do paciente em formato de dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano, explicando-os.
- VIII. Realizar a orientação terapêutica, aplicando técnicas de aconselhamento ao paciente.
- IX. Redigir um parecer farmacêutico dirigido à equipe, seguindo a estrutura definida para este documento (BRASIL, 2015b, p. 48).

O estudo dirigido é um material elaborado pelo docente, para ser realizado pelos participantes da capacitação, visando que eles explorem o conhecimento prático que possuem, além de utilizarem a criatividade para compreender e implementar o conteúdo do texto. Foram escolhidos dois campos relevantes na área da pesquisa em saúde e da farmacologia: “saúde baseada em evidências” e “temas da área da farmacologia”.

A saúde baseada em evidências “é uma abordagem que utiliza as ferramentas da epidemiologia clínica, da estatística, da metodologia científica e da informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a atuação em saúde” (BRASIL, 2015), tendo como principal objetivo obter a melhor informação, que possa ser utilizada para a tomada de decisões na área da saúde. No campo da farmacologia foi abordada a farmacodinâmica, disciplina que estuda a interação dos medicamentos com o organismo, sendo esta uma área da farmacologia indispensável para o entendimento dos resultados dos processos terapêuticos em curso nos usuários que fazem uso da farmacoterapia (BRASIL, 2015b).

Uma vez realizado o estudo dirigido, os profissionais farmacêuticos devem iniciar o processo de capacitação para implantação do serviço de clínica farmacêutica. Nessa etapa, o objetivo da capacitação é que os profissionais aprimorem seus conhecimentos na resolução de problemas terapêuticos, vivenciando a prática supervisionada no atendimento a pacientes, além da realização do estudo de temas selecionados e de seminários integrativos. O processo de capacitação está estruturado em quatro etapas:

I. Primeiro encontro de capacitação: objetiva desenvolver habilidades clínicas necessárias no primeiro contato com o usuário, para identificação e avaliação de seus problemas de saúde e da farmacoterapia em curso. No encontro deve ser apresentado e explicado o roteiro da consulta farmacêutica, fornecendo-se orientações para a elaboração do parecer farmacêutico. Nesta etapa são realizadas atividades de simulação de atendimento farmacêutico com casos clínicos, nos quais os profissionais que estão sendo capacitados interpretam um dos personagens (farmacêutico, usuário ou avaliador), com a finalidade de se preparar para a etapa seguinte.

II. Prática supervisionada: estas práticas são iniciadas com o agendamento de pacientes para as consultas farmacêuticas, realizadas com a supervisão e acompanhamento de três farmacêuticos clínicos, que atuavam como apoiadores na capacitação dos farmacêuticos para a realização do atendimento clínico. Esses profissionais foram denominados como apoiadores. Este processo deve durar pelo menos seis meses.

III. Segundo encontro de capacitação: este encontro tem o objetivo de fortalecer os conhecimentos sobre a consulta farmacêutica, desenvolvendo nos participantes

habilidades de identificação de casos clínicos reais de usuários que foram atendidos no período de prática supervisionada. Esses casos são analisados e trabalhados de forma didática, para facilitar a aprendizagem dos profissionais.

IV. Seminários integrativos: estes seminários devem ser realizados uma vez por mês. Deles participam os farmacêuticos que estão iniciando o serviço de clínica farmacêutica e os apoiadores. Nestas reuniões são analisadas e discutidas as diversas dificuldades que se apresentam na rotina do serviço, incluindo realização de consulta, utilização do prontuário, relacionamento com a equipe, gestão de crises, estrutura física e casos específicos de pacientes (BRASIL, 2015b).

O roteiro da consulta farmacêutica está estruturado em quatro momentos:

- a) a introdução, na qual o profissional deve construir um relacionamento terapêutico com o paciente, propiciando um ambiente de confiança, no qual o usuário possa expressar tranquilamente o que acontece com o tratamento medicamentoso e as expectativas que tem com este serviço;
- b) a coleta de dados e identificação de problemas e necessidades do usuário relacionadas ao uso de fármacos;
- c) as ações e/ou soluções – levando em consideração os problemas farmacoterapêuticos identificados, o profissional pode estabelecer um plano de cuidado, o qual consiste em pautar com o paciente um conjunto de ações que beneficiem os resultados da farmacoterapia; ou pode encaminhar o parecer farmacêutico ao profissional responsável pela prescrição do tratamento medicamentoso; e,
- d) por último, o fechamento da consulta, na qual se estabelecem estratégias que permitam garantir a segurança do paciente, agendando consulta de retorno e verificando se existem dúvidas sobre as informações oferecidas. É importante ressaltar que durante o processo de atendimento clínico farmacêutico, o profissional deve buscar observar o usuário em sua integralidade, levando em consideração aspectos biopsicossociais que influem sobre seu estado de saúde, para criar com ele um efetivo vínculo terapêutico. Por conseguinte, estima-se que a primeira consulta demore aproximadamente uma hora, incluindo-se o preenchimento do prontuário do serviço de clínica farmacêutica (BRASIL, 2015b).

Com a finalidade de nortear a consulta farmacêutica e auxiliar o processo de avaliação dos pacientes, foram criados os seguintes instrumentos e ferramentas:

- I. Formulário padronizado para a realização da consulta farmacêutica (prontuário): neste formulário são registradas informações do paciente sobre seu perfil pessoal, sua história social, o uso anterior de medicamentos, os problemas de saúde/queixas, a percepção geral de saúde, a farmacoterapia atual, a adesão ao tratamento, os problemas relacionados à farmacoterapia e as intervenções farmacêuticas.
- II. Registro de consulta de retorno: os resultados das intervenções anteriores, os problemas de saúde/queixas-retorno, farmacoterapia atual-retorno, adesão ao tratamento, problemas relacionados à farmacoterapia e as intervenções farmacêuticas.
- III. Modelo de lista de medicamentos a ser entregue ao paciente.
- IV. Instrumento para avaliação da adesão ao tratamento, considerando as crenças, as necessidades e as preocupações do paciente.
- V. Monitoramento residencial da pressão arterial.
- VI. Diário glicêmico e monitorização da glicemia capilar (BRASIL, 2015b)

As ferramentas e instrumentos de atendimento acima relacionados encontram-se reproduzidos nos anexos I a VI deste trabalho. Esses instrumentos, além de auxiliar as ações desenvolvidas no serviço de clínica farmacêutica na atenção primária, também podem fornecer indicadores que permitem avaliar a eficiência do serviço, abrindo uma janela para a coleta de dados para possíveis investigações científicas.

## **4 EVOLUÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A CRIAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**

Conforme mencionado nos capítulos anteriores, desde 1988 a OMS vem discutindo a importância da inserção do farmacêutico na equipe de atenção à saúde, tendo em conta que os medicamentos são uma ferramenta essencial para a proteção, reabilitação e recuperação da saúde dos indivíduos, e que a intervenção do profissional farmacêutico contribui para a utilização eficiente dos fármacos, com o intuito de garantir os resultados da farmacoterapia (OMS, 1990). O posicionamento da OMS tem dado origem ao desenvolvimento de políticas de saúde que visam inserir os profissionais farmacêuticos no cuidado da população.

No Brasil, em 2004 foi instituída uma nova Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde), que insere o farmacêutico no cuidado da saúde dos usuários do SUS, atribuindo-lhe novas funções no processo de atenção farmacêutica. No intuito de promover a adesão dos municípios às diretrizes dessa política, no ano de 2013 o Ministério da Saúde formulou a proposta de criação do serviço de clínica farmacêutica na rede pública de atenção básica, sugerindo ao Município de Curitiba a realização de um projeto piloto, no qual pudessem ser aplicadas as novas diretrizes da atenção farmacêutica, em nível descentralizado de serviços. Este capítulo é dedicado à narrativa dessa experiência, cujas etapas foram reconstituídas a partir da pesquisa documental e das informações coletadas em entrevistas com os profissionais farmacêuticos.

### **4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS E SITUAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA ATÉ O ANO DE 2013**

Não obstante as múltiplas dimensões da assistência farmacêutica no processo de atenção à saúde, ela tem sido tradicionalmente realizada com foco exclusivamente na dispensação dos fármacos (BRASIL, 2015c). Também no município de Curitiba, antes do 2014 as funções do farmacêutico no serviço de saúde limitavam-se à realização de atividades da logística do medicamento, conforme restou evidenciado no levantamento

de dados sobre o processo de trabalho dos farmacêuticos realizado antes da implantação do serviço de cuidado farmacêutico na atenção básica. Em um estudo realizado no ano de 2013, verificou-se que 80% das atividades desempenhadas pelos profissionais farmacêuticos da rede pública curitibana eram tarefas administrativas, e apenas 20% de suas atividades eram destinadas à assistência direta ao usuário (BRASIL, 2015c). Essa situação foi confirmada nos relatos dos informantes, segundo os quais “nós ficamos muito na parte da documentação, papelada, pedido, remanejamento” (entrevista 7); “assistência farmacêutica era mais logística do que parte de assistência, a gente atuava na parte administrativa” (entrevista 9); “os farmacêuticos ficavam mais na parte burocrática né, então não tinha uma assistência bem efetiva” (entrevista 11); “o foco era do medicamento, solicitação, remanejamento, mais caixinha né, trabalhávamos com a caixinha do medicamento e papeis” (entrevista 13); e

Nosso serviço de assistência farmacêutica até o ano de 2014, ele se dava muito, 95% era apenas focado na parte de logística, então o farmacêutico atendia fazendo pedidos, orientando onde era o local mais adequado para o usuário acessar ao medicamento, mas essencialmente logística e alguns trabalhos de educação coletiva (entrevista 14).

Outro problema detectado dizia respeito à inexistência de padronização no processo de trabalho dos profissionais farmacêuticos. Eles desempenhavam diversas atividades, principalmente nos distritos sanitários do município (BRASIL, 2015c),

Nós trabalhávamos no distrito sanitário, então nós ficamos fixos no distrito e dali a gente fazia a parte da logística, remanejamentos, então todas as solicitações das unidades né, eles se dirigiam através de contato telefônico ou das chefias das unidades que iam pessoalmente lá (entrevista 5);

A gente ia de vez em quando nas unidades de saúde para ver como é que estavam os medicamentos, as caixas de emergência, fazia o pedido do medicamento, mas prestava esse apoio a distância e sempre retornávamos para nosso distrito (entrevista 4).

Embora o processo do trabalho do farmacêutico fosse voltado às atividades administrativas e logísticas, ele não se mostrava efetivo na gestão do ciclo da assistência farmacêutica. Segundo os informantes, quando os farmacêuticos chegaram às farmácias das Unidades Básicas de Saúde, o maior problema era que não existia controle na entrada e saída de medicamentos: “a gente tinha bastante divergências de estoque físico, de estoque no sistema, muita receita não tinha dado baixa, não tinha um processo muito controlado” (entrevista 12);



Eu me lembro que quando eu vim para as unidades a gente tirava peruas e peruas de medicamento vencido, era *container* de medicamento vencido e depois, com o farmacêutico próximo das equipes, praticamente hoje não tem mais, se a gestão for analisar bem, em termos financeiros isso foi muito gritante (entrevista 4);

Havia um excesso de estoque nas unidades né, e com isso vencia muito mais medicamento né, porque não tinha assim quem fazia os pedidos, eram pessoas que eram determinadas por aquelas chefias da unidade né, então eles solicitavam de tudo né, então não tinha esse controle (entrevista 5);

Antigamente a farmácia era aberta, de porta aberta, entrava qualquer pessoa, qualquer profissional ali levava o medicamento que não era dado o registro, não era feito o registro, não era feita a dispensação correta, qualquer um podia retirar sem prescrição (entrevista 10).

Por conseguinte, pode-se inferir que a chegada do farmacêutico às Unidades Básicas de Saúde foi de grande importância para a gestão local, já que este profissional organizou e aperfeiçoou o desenvolvimento do ciclo da assistência farmacêutica, evitando o excesso de estoques e diminuindo a quantidade de medicamentos vencidos nas farmácias das unidades de saúde.

É evidente que o fato do farmacêutico desenvolver ações exclusivamente administrativas e da logística dos fármacos, focando sua atuação na dispensação dos medicamentos, prejudicava a humanização da assistência farmacêutica aos usuários, violando o princípio da integralidade na atenção à saúde. Segundo os relatos dos entrevistados, a interação com os usuários acontecia apenas esporadicamente, e quando ocorria resumia-se a um atendimento informal e breve: “a gente fazia alguns atendimentos pontuais, alguma demanda especializada, algum paciente que a equipe via a necessidade de uma orientação a gente fazia esse apoio” (entrevista 10);

Não atendíamos pacientes, paciente só era uma orientação, dúvida do medicamento, algum medicamento que o município não tinha aonde eles poderiam pegar, aqueles do Estado né, alguma coisa assim, mas não atendíamos o paciente (entrevista 13).

Esse quadro começou a ser modificado no ano de 2009, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's) nos distritos sanitários de Curitiba. Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por múltiplos profissionais da área da saúde, que devem atuar de forma multidisciplinar e integrada, de modo a fortalecer e aprimorar o processo de atenção primária à saúde, buscando alcançar um



padrão de atendimento integral às necessidades dos usuários (BRASIL, 2011). Segundo os entrevistados, a criação do NASF foi primordial para a aproximação dos farmacêuticos à atenção básica de saúde: “acho que todo começou mesmo com a vinda do NASF” (entrevista 4);

Acho que tudo começou mesmo com a vinda do farmacêutico para o NASF né, porque aí a gente começou a ficar nas unidades, apesar da gente ter várias unidades, cada dia da semana a gente ficava numa unidade de saúde (entrevista 4);

Eu acho que tudo começou com o projeto do Ministério da Saúde, quando implantou os NASF né, esse Núcleo de Apoio à Saúde da Família, aí já teve uma mudança em Curitiba, porque até então o farmacêutico de assistência, ele né, ficava na unidade de saúde, e a partir da implantação do NASF cada farmacêutico ganhou duas, três, quatro, cinco unidades (entrevista 6).

Não obstante esses progressos, mesmo com os NASF's a atenção farmacêutica não era satisfatória. Ao indagar-se aos profissionais farmacêuticos sobre o processo de atenção ao usuário na assistência farmacêutica durante o período que sucedeu a implantação dos NASF's e que antecedeu a implantação do programa cuidado farmacêutico, verificou-se que a interação entre o farmacêutico e os usuários ainda estava baseada estritamente na dispensação. As orientações aos usuários, quando eventualmente ocorriam, continuavam a ser pontuais e realizadas de modo muito breve. Naquele momento, os profissionais farmacêuticos já vislumbravam a necessidade de mudanças no processo de acompanhamento dos usuários durante o tratamento medicamentoso: “a gente não atendia paciente assim individualmente” (entrevista 2); “não tinha na realidade nenhum tipo de cuidado em relação ao paciente” (entrevista 4); “não conseguíamos atender o paciente, que é o mais importante” (entrevista 13);

Praticamente não existia o contato do farmacêutico com o usuário, era assim muito na porta da farmácia mais para a entrega de medicamento, então era uma orientação muito rápida” (entrevista 6);

Não tinha o contato farmacêutico com o usuário, era muito superficial a não ser que tivesse uma situação muito grave né alguma inconformidade com o medicamento, alguma coisa que se determinava para se encontrar com o usuário, senão não” (entrevista 7);

Eu via um problema assim na questão mesmo do apoio ao paciente, porque desde sempre ele sempre tem dúvida sobre adesão ao tratamento, questão do uso correto de medicamento e era uma coisa que a gente tinha demanda” (entrevista 9);

Existia uma lacuna, qual era essa lacuna? O usuário levava o medicamento para casa, mas pela falta de tempo das pessoas para orientar, o profissional farmacêutico nessa área de orientação, realmente a gente não tinha visão do que estava acontecendo com o uso do medicamento no pós entrega do medicamento” (entrevista 14).

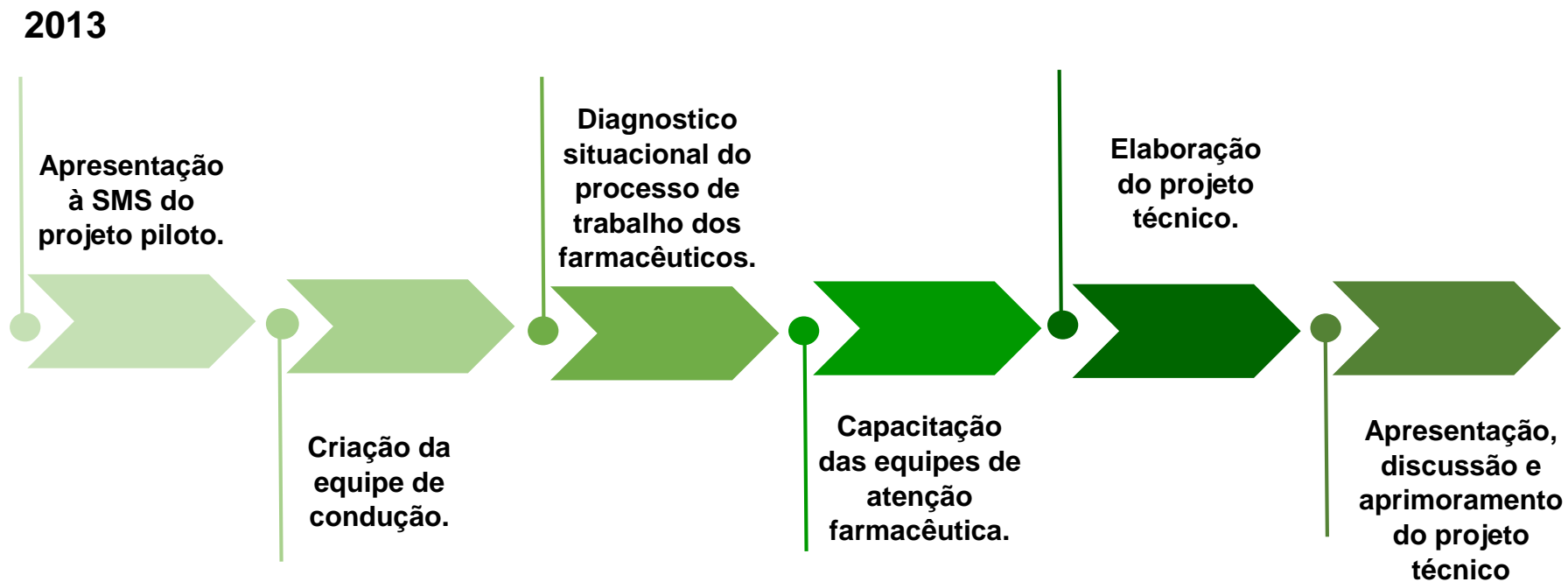
É evidente que, anteriormente, a relação farmacêutico-usuário iniciava e terminava no momento que o medicamento era entregue na farmácia, não existia o tempo, nem o local adequado que possibilitasse ao usuário esclarecer suas dúvidas referentes ao tratamento medicamentoso, e ao farmacêutico dar as orientações pertinentes para que o usuário ficasse ciente da importância da adesão ao tratamento e do uso racional de medicamentos.

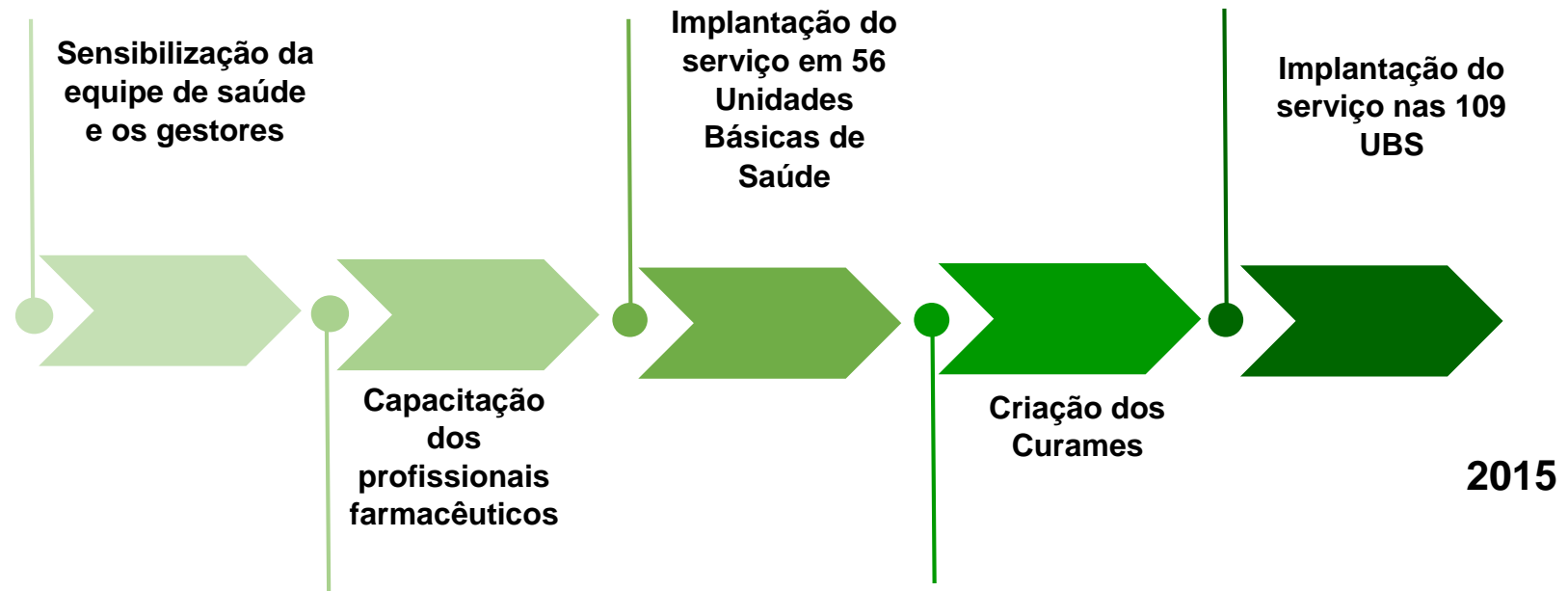
Em conclusão, pode-se inferir que, antes da implantação dos serviços de clínica farmacêutica nos distritos sanitários curitibanos, a atuação dos profissionais farmacêuticos encontrava-se focada no cuidado do medicamento, e não na atenção à saúde do usuário. Na verdade, era inexpressivo o contato do profissional farmacêutico com o usuário, posto que limitado a situações pontuais no interior das unidades de saúde e, esporadicamente, à participação em ações educativas realizadas em conjunto com outros profissionais do NASF. Foram os NASF's, por sinal, o ponto de partida para a reestruturação da atenção farmacêutica no município: ao fortalecer as dimensões da humanização e da integralidade na atenção primária à saúde, a atuação das equipes multiprofissionais de atenção à saúde da família impôs novas exigências à atenção farmacêutica, requerendo a mudança em seu foco, a partir de então definido em torno de dois objetivos indissociáveis – a garantia de acesso universalizado aos fármacos e a promoção de seu uso racional durante o processo terapêutico.

#### 4.2. PREPARAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

Nesta seção apresenta-se a síntese dos processos de concepção e implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica de Curitiba. A figura I, a seguir, registra graficamente as principais etapas desse processo.

**Figura I** – Linha de tempo da concepção e implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba.





Entre os anos 2013 e 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Básica, adotou iniciativas de transformação no processo de atenção farmacêutica destinada à população, que implicava em mudanças no processo de trabalho do profissional farmacêutico. Nesse contexto foi selecionado o Município de Curitiba para o desenvolvimento do *Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde*. Para viabilizá-lo, o Ministério da Saúde firmou parceria com o município de Curitiba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2015c). Os farmacêuticos entrevistados foram unânimes em afirmar que a iniciativa de proposição do projeto piloto foi do Ministério da Saúde:

No ano de 2014, o Ministério da Saúde do Brasil, dentro de seus programas ele teve uma parte, um projeto que foi tocado pela atenção básica do ministério da saúde e que destinou recursos para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no Brasil para melhorar o atendimento farmacêutico e começar o movimento da implantação do cuidado clínico em todo o Brasil, e eles trouxeram como primeira cidade esse projeto, eles trouxeram para Curitiba (entrevista 24);

Veio a proposta do Ministério para implantar o serviço de farmácia clínica no município de Curitiba por várias razões, porque nós temos um sistema informatizado muito bom, porque nós já temos uma certa organização e eles abriram para poder nos apoiar (entrevista 16);

O Ministério da Saúde, naquele ano queria também implantar um projeto piloto nacional e então, junto, a nossa vontade de iniciar esse trabalho, a vontade do município de Curitiba com o desejo também do Ministério da Saúde (entrevista 14).

Foram diversos os fatores que motivaram a implantação do projeto piloto de cuidado farmacêutico na atenção básica no município de Curitiba. Inicialmente, visando estimular novas experiências na área, havia o interesse do Ministério da Saúde de implantar o serviço de clínica farmacêutica. Além disso, havia a necessidade de reestruturação do processo de atenção farmacêutica destinado aos usuários da rede pública de serviços de saúde no município. Por fim, havia o interesse dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde em receber o projeto, ainda que em fase experimental, motivados pelo reconhecimento do vazio que preponderava na assistência farmacêutica após a dispensação do medicamento. Os relatos dos farmacêuticos permitem deduzir que existia grande preocupação por parte dos gestores da SMS em relação ao uso inadequado dos medicamentos:

Eu acho que a principal motivação que levou a isso é a questão mais financeira, mesmo de financiamento, gasto com medicamentos, gasto com o uso abusivo,

se está gastando com medicamentos e o paciente não está dando o uso adequado (entrevista 1);

Falta de um serviço entre o cuidado médico das equipes da saúde, a partir do momento em que se entregava não se fazia acompanhamento do cuidado desse uso, desse medicamento, da forma de utilização, de eficácia, de resultados (entrevista 24).

Adicionalmente, concorreu também para a implantação dos novos serviços o interesse dos farmacêuticos atuantes nos NASF's, que ansiavam por ressignificar sua atuação profissional no contexto da atenção integral à saúde, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Uma vez aceita pelos gestores, em julho do 2013 o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde promoveu a realização de uma oficina, na qual foi apresentado o Programa QUALIFAR-SUS e as diretrizes do projeto piloto, com a finalidade de sensibilizar e motivar os profissionais farmacêuticos. O evento contou com a participação de todos os farmacêuticos da rede pública de saúde de Curitiba, professores dos cursos de farmácia de três universidades e representantes do Conselho Regional de Farmácia (BRASIL, 2015c). O depoimento seguinte confirma esse registro documental:

O Ministério da Saúde, com esse projeto Qualifar-SUS né, contatou, então chamou coordenadores e tutores para desenvolver esse projeto que eram contratados por Brasília, e fez então um chamamento né, uma licitação de profissionais que já tivesse experiência em farmácia clínica da implantação, não na implantação do serviço porque não existia no Brasil, mas que já tivesse o conhecimento, e aí foram chamados alguns profissionais do Ministério (entrevista 24).

O projeto piloto foi proposto e financiado pelo Ministério da Saúde, mediante a captação de recursos junto ao Banco Mundial. O financiador delimitou um período de nove meses para a conclusão do projeto piloto, porém esta entidade prorrogou o período para um ano. Tais recursos permitiram custear as despesas dos coordenadores e tutores durante a implantação do projeto piloto cuidado farmacêutico na atenção básica, como se evidencia em: “teve todo o apoio do ministério, o ministério veio, trouxe seus colaboradores né, e a verba que veio para pagar as viagens deles” (entrevista 1), “o ministério trouxe esse projeto sem custo para o município, o único custo para o município seria abrir as portas” (entrevista 24). Também participou no desenvolvimento do projeto a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde,

entidade que tem se mostrado comprometida com a ampliação do acesso aos medicamentos e a promoção de seu uso racional, mediante programas, projetos e ações, contribuindo à integralidade e resolutividade das ações de saúde no SUS (BRASIL, 2015c).

Como consequência da oficina de apresentação, foi formada uma equipe de condução, incumbida de proceder à implantação do projeto piloto, com a assistência de coordenadores executivos contratados pelo Ministério da Saúde (MS). A equipe de condução era constituída por um farmacêutico representante de cada distrito, com exceção dos distritos Boa Vista e Cajuru, que tinham mais de um representante. No total, 13 farmacêuticos participaram da equipe de condução, e um representante da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde. A essa equipe foi atribuída a tarefa de construir um modelo de serviço estabelecendo estratégias que permitissem o desenvolvimento e a continuidade dos serviços de clínica farmacêutica aos usuários (BRASIL, 2015c).

No âmbito municipal, a gestão do projeto piloto ficou a cargo da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica, da Secretaria Municipal de Saúde. O projeto tinha por objetivo geral a

(...) produção de um modelo viável para a implantação do cuidado farmacêutico no município, que pudesse ressignificar o trabalho do farmacêutico na equipe de saúde e o olhar da gestão municipal sobre a qualidade do uso dos medicamentos (...). (BRASIL, 2015, p. 20).

Para o desenvolvimento do projeto piloto o MS contratou dois coordenadores executivos, dois supervisores técnicos e três apoiadores. Antes e durante o processo de implantação do projeto piloto os farmacêuticos reuniam-se com os coordenadores e tutores, os quais foram indicados pelo ministério, para estruturar o serviço de clínica farmacêutica e para serem treinados para ofertar aos usuários a consulta farmacêutica, conforme se observa em: “a gente tinha reuniões periódicas para desenvolver material para fazer o prontuário que a gente usava nas consultas, aí eles foram validando, os dois profissionais de lá do Ministério da Saúde” (entrevista 9);

A gente tinha reuniões com o ministério e nessas reuniões a gente voltava para nossos distritos e passava para os colegas né, quais eram os objetivos, quais eram as etapas que a gente ia fazer naquele momento para o processo da implantação, na verdade era uma ponte entre o Ministério da Saúde e nossos distritos (entrevista 4);

Vieram as pessoas do Ministério da Saúde e daí com o consultor do ministério a gente fez o formulário da consulta, o que deveria ser preenchido, quais eram os critérios dos pacientes para eles serem atendidos (entrevista 12).

Tendo em vista a inexistência de uma experiência anterior, que pudesse balizar a implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica, o papel desempenhado pela equipe técnica contratada pelo MS foi fundamental para o desenrolar do projeto piloto. Mesmo não existindo no Brasil uma experiência anterior da clínica farmacêutica na atenção básica, eles possuíam o conhecimento sobre esta área, de tal forma, junto com os farmacêuticos do NASF estruturaram o processo de implantação do serviço e padronizaram alguns aspectos da consulta farmacêutica. Após o início dos atendimentos, contribuíram para o aprimoramento da clínica farmacêutica mediante a supervisão das consultas realizadas aos usuários.

A implantação do projeto foi organizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu na preparação do município para o processo de implantação dos serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica, desenvolvida durante agosto de 2013 a janeiro de 2014, na qual foram elaboradas e implementadas estratégias que permitissem facilitar a implantação do serviço.

Em outubro de 2013, a equipe de condução, com o apoio da equipe técnica do MS, realizou a análise situacional da assistência farmacêutica no município, com o objetivo de identificar o perfil dos farmacêuticos vinculados à SMS, mediante a aplicação de um questionário padronizado. Além de traçar o perfil dos farmacêuticos, a enquête também pretendia avaliar a interação profissional entre farmacêuticos e médicos, e a frequência de trabalho colaborativo com a equipe de saúde. A partir das informações coletadas foram identificadas duas vertentes de intervenção prioritária:

Não havia padronização de serviços, já que os farmacêuticos desenvolviam atividades diferentes, principalmente nos Distritos Sanitários. A segunda vertente, comum a todos os farmacêuticos, foi o predomínio do trabalho voltado ao aspecto logístico administrativo do medicamento, aliado a esparsas atividades técnico-pedagógicas destinados a grupos de funcionários ou de pacientes. Não foi identificada a realização de serviços de clínica farmacêutica (BRASIL, 2015, p. 37).

Ademais, a análise dos resultados obtidos apontou que 66% dos farmacêuticos vinculados à rede de atenção básica à saúde eram servidores públicos municipais há mais de dez anos; que 64% desses profissionais farmacêuticos haviam



concluído seu curso de graduação há mais de vinte anos; e que 92% haviam realizado um curso de especialização *lato sensu*. Ainda no que diz respeito à formação acadêmica dos profissionais farmacêuticos, constatou-se que, dos 127 farmacêuticos atuantes na rede pública de Curitiba, apenas 43 possuíam formação em nível de especialização nas áreas da saúde da família, assistência farmacêutica ou saúde coletiva. Foi identificado também que 80% da carga horária de trabalho dos farmacêuticos do NASF era destinada para a realização de atividades administrativas, enquanto que somente 20% era dirigida para atividades assistenciais, incluindo-se a dispensação dos medicamentos. Esta situação foi avaliada como uma fragilidade para a implantação dos serviços de cuidado farmacêutico, porém também como uma oportunidade para a construção subsequente de estratégias de ações.

Como consequência do diagnóstico situacional foi identificada a necessidade de compartilhar atividades administrativas e logísticas, que se encontravam primariamente a cargo dos farmacêuticos, com os demais profissionais da equipe da saúde, por meio de uma capacitação prévia. A capacitação foi desenvolvida em três módulos de 4 horas, dos quais participaram aproximadamente 500 profissionais, entre eles auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e enfermeiros. Foram abordados temas sobre o processo de logística, boas práticas de armazenagem e fornecimento de medicamentos, e a reformulação das atividades da equipe de saúde para a construção do serviço de clínica farmacêutica, permitindo a inclusão das consultas na agenda do farmacêutico. (BRASIL, 2015c).

Para balizar as ações de implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede municipal de atenção básica, fez-se necessária a elaboração de um projeto técnico, no qual estivessem relacionadas as diretrizes e estratégias de ação. A elaboração do projeto técnico foi realizada mediante a contratação de supervisores técnicos com capacidade e experiência na implantação de serviços de clínica farmacêutica, a capacitação do farmacêutico e a implantação dos serviços, e a elaboração do projeto da implantação de serviços de cuidado farmacêutico, o qual foi realizado pelo supervisor técnico contratado, envolvendo

“(..) proposta de atividade assistencial, atividade técnico-pedagógica, instrumentos técnicos necessários aos serviços e aos indicadores, considerando

as diretrizes propostas e o diagnóstico realizado pela equipe de condução (...)" (BRASIL, 2015c, p. 41).

O projeto foi apresentado e discutido pelos supervisores técnicos, apoiadores e farmacêuticos, mediante as reuniões de gestão dos níveis centrais e distritais, com a finalidade de dar a conhecer o projeto e abrir um espaço para ter o respaldo no desenvolvimento das ações do cuidado farmacêutico, além de sensibilizar e incentivar os farmacêuticos para a reorganização de suas atividades. Dita estratégia

" (...) possibilitou maior visibilidade ao serviço que seria implantado, respaldando o desenvolvimento das ações, além de fortalecer e empoderar os farmacêuticos para a reorganização de suas atividades (...) (BRASIL, 2015, pag. 41).

Como resultado desse trabalho, foram elencadas as seguintes diretrizes para implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba:

- I. Implantar serviços de cuidado farmacêuticos necessários à promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) – serviço de clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas.
- II. Promover a articulação do serviço implantado com a equipe de saúde.
- III. Integrar os serviços de cuidado farmacêutico às ações de saúde.
- IV. Estabelecer e promover condições necessárias para implantação do serviço.
- V. Criar referências e contrareferência para desenvolvimento do serviço.
- VI. Fomentar o desenvolvimento de conhecimento e tecnologias sociais para serem reproduzidas no âmbito das redes de atenção à saúde.
- VII. Elaborar curso de capacitação para as práticas do cuidado farmacêuticos que possam ser reproduzidas no âmbito da rede de atenção à saúde.
- VIII. Propor e validar indicadores para o monitoramento, a avaliação e a qualificação dos serviços de cuidados farmacêuticos implantados nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2015c, p. 23).

Por sua vez, os farmacêuticos do NASF foram capacitados para a atuação no atendimento clínico, mediante um curso estruturado em três estratégias pedagógicas: capacitação presencial; capacitação por supervisão direta; e realização de encontros quinzenais de um apoiador com seus farmacêuticos supervisionados, para discussão de casos clínicos e avaliação da capacitação. O curso foi estruturado segundo as orientações elencadas pelo Ministério de Saúde, as quais foram mencionadas e explicadas no capítulo anterior. Foram contratados três farmacêuticos clínicos para apoiar as atividades de capacitação dos farmacêuticos da rede municipal, os quais foram nomeados como apoiadores regionais (BRASIL, 2015c). A capacitação compreendeu os seguintes objetivos:

- I. Capacitação para o desenvolvimento dos serviços de clínica farmacêutica e que possam ser reproduzidos no âmbito das RAS.
- II. Capacitação para o desenvolvimento de atividades técnico-pedagógicas com a equipe de saúde e a comunidade e que possam ser reproduzidos no âmbito das RAS (BRASIL, 2015c, p. 42).

No processo de capacitação também atuou o docente Cassyano Correr, vinculado à Universidade Federal do Paraná. Os relatos dos entrevistados apontam a colaboração do professor como de fundamental importância no desenvolvimento do projeto, já que ele era um dos poucos profissionais com experiência na área da clínica farmacêutica: “pegamos o apoio do Cassyano, professor da Federal, que tinha livro disso” (entrevista 1), “foi bem importante do pessoal da Federal aqui do Paraná” (entrevista 11), “a gente teve capacitações com pessoas experientes, inclusive o professor Cassyano Correr e a equipe dele foram pessoas que nos deram muita base” (entrevista 14), “veio o professor Cassyano, lá da Universidade Federal, que já tinha uma experiência na área, e a coisa começou a ficar mais clara” (entrevista 16), “teve esse papel primordial, não posso deixar de falar a questão da Universidade Federal do Paraná” (entrevista 16), “esse apoiadores estariam ligados aos professores da Universidade Federal aqui na faculdade de farmácia de Curitiba, e eles iam fazer a modelagem e fazer o desenho de como seria a implantação do serviço” (entrevista 24),

A gente foi capacitada pelo professor Cassyano, foi ele quem passou toda a estrutura, como é que funcionaria a questão do consultório farmacêutico, quais eram as perguntas, como é que era o roteiro, a gente estudou tudo certinho, como é que seria a consulta, tivemos algumas aulas de farmacologia também (entrevista 19).

Na perspectiva de alguns farmacêuticos foi primordial a participação da Universidade Federal do Paraná na implantação do serviço, mas é importante mencionar que este apoio não foi diretamente da Universidade, e sim do professor Cassyano Correr, que pertencia à dita instituição no momento da implantação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica curitibana. Também é relevante ressaltar que a experiência do professor Correr na clínica farmacêutica foi um aspecto facilitador no desenvolvimento da consulta farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde.

Dos 30 farmacêuticos do NASF que participaram da capacitação, 21 foram aprovados e receberam certificação no encerramento do curso. Outros 9 foram certificados após a finalização da capacitação. Ressalte-se que a qualificação dos

farmacêuticos foi desenvolvida em duas etapas. A primeira foi realizada antes do início das consultas farmacêuticas, e tinha por objetivo central o reconhecimento dos instrumentos disponibilizados no prontuário eletrônico, úteis ao desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica. Foram apresentadas aos farmacêuticos as possibilidades de interação com as ferramentas disponíveis no prontuário eletrônico, conhecendo sua aplicação no aprimoramento dos serviços. Nesta capacitação também foram abordados temas desconhecidos para os farmacêuticos, tais como: agendamento, registro de realização de consultas, emissão de declaração de comparecimento, entre outros (BRASIL, 2015c). A segunda etapa, realizada após o início dos atendimentos clínicos, teve por objetivo central o desenvolvimento de outras estratégias para a implantação do serviço.

Outra estratégia desenvolvida antes da implantação do serviço de clínica farmacêutica foi a sensibilização dos gestores e das equipes de saúde, visando-se a integração e a busca do ótimo funcionamento do serviço de cuidado farmacêutico. O processo de sensibilização foi desenvolvido em duas etapas. A primeira foi a realização de uma pesquisa que envolvia os farmacêuticos e outros profissionais da saúde da atenção básica, com o objetivo “(...) promover uma aproximação dos farmacêuticos com a equipe, possibilitando também a troca de informações (...)” (BRASIL, 2015c, pag. 41). A segunda etapa consistiu na apresentação do projeto de implantação do serviço de clínica farmacêutica para as equipes de saúde, com a finalidade de fazê-las conhecer e entender o serviço e sua contribuição no processo de atenção integral à saúde.

Por fim, uma quarta estratégia adotada foi a criação de uma coordenação farmacêutica no âmbito da rede municipal de atenção básica. Levando-se em consideração a interação do serviço do cuidado farmacêutico com os outros serviços oferecidos na atenção básica, a equipe de condução reconheceu a necessidade de um cargo de coordenação da atenção farmacêutica no município. O cargo foi criado no 2013 e foi intitulado Coordenação de Atenção Farmacêutica, sob direção do Departamento de Redes de Atenção à Saúde – SMS Curitiba, sendo sua função “(...) contribuir para o processo de implantação do serviço de cuidado farmacêutico e sua integração com os serviços de saúde do município (...)” (BRASIL, 2015c, p. 38).

Essas estratégias, adotadas a partir do diagnóstico situacional anteriormente realizado, possibilitaram preparar a rede de atenção básica do município de Curitiba para a oferta do serviço de clínica farmacêutica.

#### 4.3. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA

A implantação do serviço ocorreu logo após o encerramento da primeira etapa de capacitação dos farmacêuticos. Para esse momento considerou-se que seria atendido o mínimo de quatro usuários, em um período de quatro horas. Também foram definidas duas estratégias para o agendamento dos pacientes: a busca ativa por parte dos farmacêuticos, utilizando o banco de dados do prontuário eletrônico, de onde foi extraída uma lista de usuários que retiravam mensalmente cinco ou mais medicamentos nas UBS; a outra estratégia foi o encaminhamento de usuários à consulta farmacêutica, por profissionais da equipe de saúde ou do NASF (BRASIL, 2015c).

A seleção das unidades de saúde que receberiam primeiramente o serviço foi de responsabilidade dos profissionais farmacêuticos. Para a oferta do serviço, fazia-se necessária a obtenção de disponibilidade de consultórios com os gerentes das UBS. O local deveria conter uma mesa, cadeiras e computador com acesso ao prontuário eletrônico (e-saúde). O projeto contemplava, nesse momento, 56 das 109 UBS, com planos de expansão aos Centros de Especialidades e às UPAs (BRASIL, 2015c)

As unidades de saúde selecionadas passaram a receber a oferta do serviço de clínica farmacêutica no mês de abril do 2014. As consultas farmacêuticas eram realizadas por um período médio de 6 horas semanais de atendimento nessas unidades. Os farmacêuticos atendiam os usuários em consultas individuais, as quais tinham uma duração de 60 minutos (primeiras consultas) ou 30 minutos (retornos). O atendimento devia ser registrado em um formulário digital, com o objetivo de obter dados do paciente e do serviço, que permitisse gerar “(...) indicadores de utilização, avaliação e de impacto dos serviços implantados (...)” (BRASIL, 2015c). Após o encerramento da primeira etapa de capacitação dos farmacêuticos ocorreu a implantação do serviço de cuidado farmacêutico na totalidade da rede de atenção básica. Inicialmente, os farmacêuticos

realizavam quatro consultas diárias, aproximadamente de uma hora cada uma. (BRASIL, 2015c).

De acordo com os relatos de profissionais envolvidos na implantação do serviço de cuidado farmacêutico no ano de 2014, no desenvolvimento do projeto ocorreram diversas dificuldades, as quais se tornaram desafios para o aprimoramento do serviço de clínica farmacêutica. Um dos desafios foi a discussão sobre o público alvo, existindo três vertentes: trabalhar com pacientes com uma doença específica, trabalhar com usuários de um ou mais medicamentos específicos ou trabalhar com pacientes polimedicados. Ao final, a escolha foi trabalhar com pacientes polimedicados, os quais possuem maior risco de apresentar problemas relacionados à farmacoterapia. Outro dos desafios enfrentado pelos profissionais foi a criação de uma nova cultura operacional, tanto por parte dos usuários, como dos profissionais da saúde:

(...) neste projeto, deparamo-nos com diversas culturas operacionais que representavam, e ainda representam, verdadeiras barreiras, que dificultam o uso racional de medicamentos e limitam o avanço nos níveis de saúde da população. Culturas operacionais no interior do serviço público e do próprio SUS. Culturas operacionais advindas da formação profissional tecnicista, da visão centrada no medicamento, da “visão logística do mundo”, do corporativismo e da dificuldade de colaboração dos demais profissionais (...) (BRASIL, 2015c, p. 67).

Outra dificuldade encontrada foi a resistência das gerências de unidades de saúde frente ao processo de reorganização das atividades logístico–administrativas na atenção farmacêutica: “eu diria que o mais difícil foi organizar essa delegação das atividades, foi de fato delegar as atividades, já que havia uma expectativa da chefia que isso não iria mudar, a gestão na época, a gestão local foi muito resistente” (entrevista 15).

Pode-se inferir que existiam divergências entre a gestão central da SMS e a gestão local das Unidades Básicas de Saúde, com referência à relevância que tem o cuidado farmacêutico na atenção básica. Desconhecendo a relevância do serviço de clínica farmacêutica para o processo de atenção integral à saúde, os gerentes das UBS se opunham à assunção de tarefas de gerenciamento logístico do fluxo de medicamentos por outros profissionais da saúde – o que, sob sua ótica, prejudicava a rotina de trabalho das unidades. Essa atitude, possivelmente, prejudicou o processo de implantação da

clínica farmacêutica, e ainda influi negativamente no processo de trabalho de alguns farmacêuticos.

Ademais, os farmacêuticos entrevistados consideram que a falta de entendimento da equipe de saúde e dos gestores locais sobre o serviço de clínica farmacêutica também foi uma dificuldade marcante no processo de implantação e implementação do serviço: “eu acho que o principal obstáculo foi a equipe entender o que é que o farmacêutico ia fazer” (entrevista 4), “a equipe entender o que você estava fazendo” (entrevista 5), “conseguir o entendimento do gestor principalmente né, que nós poderíamos fazer mais que logística, que o paciente poderia melhorar sua condição de saúde passando por um atendimento conosco” (entrevista 12).

Por outro lado, os entrevistados referenciaram o desconhecimento e a falta de experiência sobre a clínica farmacêutica durante sua formação profissional como uma dificuldade importante, tanto na implantação como na implementação do serviço, “eu acho que a dificuldade maior mesmo foi no aprendizado, no próprio farmacêutico aprender a fazer a consulta” (entrevista 4), “eu acho que a inabilidade, a gente na graduação não aprendeu a fazer anamneses, nada, fazer consulta diretamente como farmacêutico, a gente não foi treinado para isso na graduação, então é falta de conhecimento técnico” (entrevista 6), “outro desafio foi a gente estar mais seguro para fazer esse serviço, ele não é um serviço simples, exige conhecimento, ele exige tato com os pacientes” (entrevista 14).

Além disso, também ocorreram dificuldades nos aspectos de logística dos consultórios e no processo de capacitação dos farmacêuticos, que foram superadas pela criação de estratégias que permitiram o aperfeiçoamento do serviço de cuidado farmacêutico oferecidos aos usuários do SUS (BRASIL, 2015c). Para os farmacêuticos, o obstáculo mais marcante no processo de implantação foi a dificuldade de ter acesso à estrutura física, disponibilidade de sala e de computador, como se evidencia em: “sala, a gente não tinha sala porque a gente não atendia individualmente, então a gente não tinha sala, então foi uma ‘briga’ grande para a gente ter um horário para utilizar uma sala” (entrevista 2), “os maiores obstáculos foi começando pela estrutura física, ter esse espaço para fazer esse momento da clínica, ou seja, ter um espaço delimitado com o paciente” (entrevista 18), “no início foi sala, a gente teve pouco espaço físico, quase todos



os integrantes do NASF fazem atendimento individual, então isso prejudica um pouco” (entrevista 11),

Você precisa desse espaço reservado que configura uma consulta, onde você precisa esse espaço privado e é muito difícil porque, porque nossas Unidade de Saúde são estruturas antigas, não foram preparadas para ter um consultório farmacêutico, é uma coisa nova (entrevista 10),

Na implantação foi o espaço, ter um local adequado para o atendimento, porque o consultório é difícil na unidade de saúde, não sei se você já foi numa unidade, tem unidade que não tem muito consultório, então eles priorizam o médico né, e o enfermeiro também faz atendimento (entrevista 13).

Nesse contexto, é importante ressaltar o relato de um dos farmacêuticos no qual se afirma que as estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estão condicionadas para estabelecer um consultório farmacêutico, situação que segundo os informantes muitas vezes os obriga a ‘brigar’ com os outros profissionais da unidade de saúde (US) para ter um espaço no qual realizar a consulta farmacêutica. Portanto, é possível deduzir que no momento da implantação do serviço da consulta farmacêutica a gestões locais ainda não tinham reorganizado as locações das US para ofertar o novo serviço farmacêutico.

Devem ser assinalados também alguns aspectos facilitadores no processo de implantação inicial do serviço de clínica farmacêutica. Primeiramente, a decisão política por parte da gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) teve um papel essencial nesse processo. Segundo os informantes, a implantação do serviço de clínica farmacêutica na atenção básica seria difícil de ter acontecido sem o apoio da gestão da SMS, que teve que vencer as resistências existentes no nível local da gestão das UBS: “a gente tem ainda uns colegas que não tem apoio de chefias” (entrevista 10), “a gestão na época, a gestão local foi muito resistente” (entrevista 15)

Quando a gestão quer, todos os obstáculos são transpostos, então tem que ter vontade da gestão, se não tiver vontade da gestão o profissional em si não consegue, porque quando tinha vontade da gestão a gente abriu espaço para o consultório (entrevista 4),

O aspecto facilitador é que a gestão estava apoiando: o secretário da saúde, os supervisores dos distritos, que são como se fossem gerentes, eles estavam nos apoiando, então sem o apoio da gestão não é possível fazer o serviço, porque você pode apresentar um trabalho lindo, maravilhoso, mas se o gestor não quer ele vai mandar e você vai obedecer, então foi bacana, o gestor estava de nosso lado, ele queria que esse projeto fosse realizado aqui no município de Curitiba (entrevista 10).



No intuito de superar as resistências locais, a gestão central da SMS valeu-se do apoio da equipe técnica de tutores do MS, buscando ressaltar a importância do serviço de clínica farmacêutica perante os gerentes de UBS e as equipes locais de saúde: “eu acho que a coisa que mais facilitou para a gente implementar foi que o ministério estava apoiando, o ministério que ajudou, porque se fosse parte só da gente eu acho que não teria avançado” (entrevista 19), “o ministério deu uma mão, nossa! se não fosse por eles, não teria nem como, seria muito, muito, muito mais difícil a implantação” (entrevista 21).

Num último esforço de convencimento, perante os recalcitrantes a os farmacêuticos dos NASF's empregaram o argumento de que a implantação dos serviços de clínica farmacêutica atendia às novas diretrizes do Ministério da Saúde, devendo o município adequar-se a elas na estruturação de seus serviços:

Primeiro eu comecei a dizer que era do Ministério da Saúde, porque se eu falo o ministério as pessoas já abrem mão, então que o Ministério da Saúde implantou a consulta farmacêutica, essa consulta farmacêutica eu preciso como eu disse, eu preciso de paciente, é o ministério que está pedindo não sou eu que estou exigindo (entrevista 7).

Complementarmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, na fase de execução da implantação dos serviços de clínica farmacêutica, criou os Comitês de Uso Racional de Medicamentos (CURAME's), por meio da Portaria Nº 113, do 10 de outubro de 2014. Segundo registro, os CURAME's são

Grupos de trabalho técnico-científicos, multiprofissionais, de caráter consultivo, articulador e educativo, voltado à identificação de situações de uso inadequado de medicamentos no município, de forma integrada, contínua, segura e efetiva. Os CURAME's são orientados pelos paradigmas da saúde baseada em evidências, da prevenção das doenças, da promoção da saúde, da segurança do paciente, da prevenção quaternária, da bioética e dos princípios da qualidade em saúde, quem deve guiar a utilização de medicamentos pelos serviços, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde e rede municipal de saúde de Curitiba (BRASIL, 2015c, p. 105)

No município de Curitiba estabeleceram-se quatro CURAME's: três deles nas macrorregiões e um que abrange as UPA's. Cada CURAME deve estar conformado por:

Dezesseis (16) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo quinze (15) com atuação direta e destacada em equipes de saúde locais e na assistência aos usuários, além de um (1) representante da sociedade civil organizada que represente os interesses populares e dos usuários do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2015c, p. 106).

Evidentemente, o apoio do Ministério da Saúde foi um aspecto facilitador no processo de implantação dos serviços de clínica farmacêutica. O respaldo técnico do MS possivelmente favoreceu para que os gestores locais abrissem as portas das Unidades Básicas de Saúde ao novo serviço de clínica farmacêutica. No entanto, é importante ressaltar que o argumento da nova diretriz ministerial revela uma postura acomodada e acrítica dos gestores das UBS, a uma porque explicita a recusa em compreender e assimilar criticamente as diretrizes nacionais em saúde, bastando a chancela ministerial para sua aceitação; e, a duas, porque o fato de ter que justificar a implantação da clínica farmacêutica com base no argumento de que se tratava de uma exigência ministerial ilustra que o farmacêutico ainda é visto como o profissional cuja tarefa central deva ser cuidar do fluxo de medicamentos, ignorando-se seu papel na atenção integral à saúde da população.

## **5. IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA**

O presente capítulo tem o propósito de apresentar a análise sobre os impactos do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba. Para a obtenção das informações e dados que sustentam esta análise foram utilizados como fontes o relatório dos resultados do *Projeto Piloto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, para Implementação de Serviço Clínica Farmacêutica nas Redes*, publicado no ano de 2015 (BRASIL, 2015d) e as entrevistas realizadas com profissionais farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. As informações analisadas permitem compreender o processo de implementação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica e o estado de seu desenvolvimento atual.

### **5.1. IMPACTOS INICIAIS DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE CURITIBA**

Para identificar os impactos iniciais da implantação do serviço de clínica farmacêutica, o Ministério da Saúde promoveu a realização de um estudo retrospectivo dos prontuários dos usuários curitibanos atendidos na consulta farmacêutica, no período de abril a junho de 2014 (BRASIL, 2015d). Segundo os dados registrados no sistema de prontuário eletrônico do município, no período de abril a novembro de 2014 foram realizadas 2710 consultas farmacêuticas. Além disso, verificou-se que 55,6% dos usuários foram encaminhados ao serviço pelas equipes de saúde da rede da atenção básica, enquanto 43,6% dos usuários foram agendados mediante a busca ativa realizada pelos farmacêuticos. Outros 0,3% foram encaminhados por unidades hospitalares, após receberem alta hospitalar, e 0,6% acessaram o serviço de outras formas (por demanda espontânea, por exemplo) (BRASIL, 2015d).

Os resultados também permitiram identificar o perfil dos usuários atendidos no serviço de clínica farmacêutica: 65,5% dos usuários atendidos eram do sexo feminino, com mediana de idade de 66 anos. Ademais, verificou-se que 83% dos usuários moravam com uma ou mais pessoas, e 17% deles moravam sozinhos. Da mesma forma, evidenciou-se que 82,6% dos usuários administravam sua rotina de medicação de forma

autônoma, sem o apoio de outras pessoas, “enquanto 10,5% necessitavam de lembretes e 7% eram incapazes de administrar seus medicamentos sozinhos” (BRASIL, 2015d, pag. 41).

Também foram analisadas as condições de saúde dos usuários atendidos no serviço de clínica farmacêutica, identificando-se 205 condições de saúde diferentes em 566 usuários atendidos. Observou-se que as doenças mais comuns que os acometiam eram enfermidades crônicas: hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, obesidade e hipotireoidismo.

Ademais, foi analisado o resultado terapêutico das doenças com maior prevalência na primeira consulta. A esse respeito, concluiu-se que a proporção de usuários controlados que padeciam de diabetes tipo 2 e de dislipidemia era baixa, e que existia uma alta porcentagem de pacientes que desconheciam o resultado do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial (BRASIL, 2015d).

No perfil farmacoterapêutico “foram identificados 289 medicamentos diferentes utilizados pelos 566 usuários” (BRASIL, 2015d, pag. 56). Identificou-se que os medicamentos mais comumente consumidos pelos usuários atendidos eram, pela ordem: o Ácido Acetilsalicílico (66,0%), a Sinvastatina (62,5%), a Metformina (59,1%), o Enalapril (51,1%), o Omeprazol (46,0%), a Hidroclorotiazida (41,2%) e a Insulina NPH (40,2%). Ademais, evidenciou-se que 29% dos usuários relataram fazer uso de plantas medicinais e remédios caseiros (BRASIL, 2015).

Também foram identificados os problemas relacionados à farmacoterapia, observando-se que a necessidade de automonitorização representava o maior problema, seguido da necessidade de realização de exames laboratoriais. A tabela abaixo registra os problemas de farmacoterapia que acometiam mais frequentemente os usuários atendidos no serviço de clínica farmacêutica de Curitiba:

**Figura II** – Principais problemas relacionados à farmacoterapia, entre os usuários do serviço de clínica farmacêutica de Curitiba.

Problema relacionado à farmacoterapia	% número de usuários com o problema
Necessidade de automonitorização	80,2%
Necessidade de exame laboratorial	58,4%
Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	54,0%
Tratamento não efetivo com causa identificada	40,2%
Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	34,2%
Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	32,8%
Condição clínica sem tratamento	29,5%
Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	21,4%

Fonte: BRASIL, 2015d, pag. 61.

Por outro lado, foram investigadas as dificuldades no uso dos medicamentos, com o intuito de avaliar as possíveis barreiras para a adesão ao tratamento medicamentoso, evidenciando-se que as principais dificuldades eram: leitura compressiva do que está escrito na embalagem (41,9%), conseguir os medicamentos (23,1%), tomar vários comprimidos ao mesmo tempo (22,6%), lembrar de tomar os medicamentos (20,3%) e abrir ou fechar a embalagem (15%) (BRASIL, 2015d).

No decorrer das consultas, após identificar os problemas que acometiam os usuários, os farmacêuticos abordavam a situação com uma série de intervenções que contribuíam para melhorar o resultado do tratamento medicamentoso. Para elaboração do relatório foram categorizadas e elencadas as intervenções farmacêuticas mais comuns. Seu texto registra que as intervenções mais frequentes foram informação e aconselhamento (93%), seguida de monitoramento (63%), de alteração ou sugestão de alteração na terapia (54%), de encaminhamentos (50%) e da provisão de materiais (45%) (BRASIL, 2015d).

Do conjunto total de consultas farmacêuticas (2710), 136 consultas de retorno realizadas entre abril e junho de 2014 foram analisadas, observando-se relevantes mudanças no âmbito dos autocuidados em saúde entre os usuários atendidos, predominando as mudanças positivas no comportamento e na adesão do paciente ao

tratamento, seguidas da realização de exames de monitorização, da realização de consultas médicas e de alterações na farmacoterapia (BRASIL, 2015d).

Também foram identificadas mudanças no processo de trabalho dos farmacêuticos. O relatório destaca a satisfação dos farmacêuticos pelo reconhecimento de seu trabalho por parte das equipes de saúde, dos gestores das unidades e das diretorias dos distritos sanitários (BRASIL, 2015d). Além disso, evidenciou-se a ocorrência de mudanças na organização do desenvolvimento das atividades realizadas pelos farmacêuticos: antes da implantação do serviço de clínica farmacêutica era destinado 80% do tempo para atividades vinculadas à logística e 20% para o desenvolvimento de atividades ligadas ao cuidado farmacêutico; já em dezembro de 2014 era destinado 63% do tempo para as atividades relacionadas à logística e 37% àquelas ligadas ao cuidado farmacêutico.

Conforme as condições estabelecidas pela instituição financiadora, o *Projeto Piloto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde* foi concluído no prazo de um ano. Após o encerramento do projeto, os farmacêuticos do município estruturaram um calendário de reuniões e um plano de ação, com a finalidade de dar continuidade ao processo de aprimoramento dos serviços de clínica farmacêutica. Ressalta-se como um dos objetivos principais do plano de ação o de ampliar e fortalecer o serviço de clínica farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com os relatos dos farmacêuticos, após o encerramento do projeto piloto o serviço foi implementado em todas as Unidades Básicas de Saúde do município. Não obstante, desde o ano de 2015 até o ano de 2018 tinham se retirado do NASF 5 farmacêuticos, situação que impossibilita a continuidade da oferta do serviço em todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba na atualidade.

## 5.2. DESENVOLVIMENTO E ASSIMILAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

A partir dos relatos dos profissionais farmacêuticos foi possível analisar o desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica da rede curitibana de atenção básica à saúde, no período mais recente. Mediante o emprego do método de análise de

conteúdo (Bardin, 2011), o conteúdo das entrevistas foi categorizado, obtendo-se o seguinte quadro de categorias e subcategorias relevantes:

**Figura III** – Categorias utilizadas para análises de entrevista realizadas com os farmacêuticos.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Implantação e implementação do serviço de clínica farmacêutica	1 – Dificuldades 2 – Estratégias
Organização do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica	***
Equipe técnica	1 – Formação de recursos humanos 2 – Interações com outros profissionais 3 – Prestígio profissional do farmacêutico 4 – Tamanho da equipe
Visibilidade do usuário na atenção farmacêutica	1 – Relação farmacêutico- usuário 2 – Identificação dos padrões do uso de medicamentos 3 – Visões da assistência farmacêutica
Realidade atual do serviço	1 – Desafios da atenção farmacêutica 2 – Perspectivas dos informantes 3 – Nível de cobertura

\*\*\* Não possui subcategorias

Apresenta-se, adiante, a síntese analítica das entrevistas.

#### 5.2.1. Implantação e implementação do serviço de clínica farmacêutica

Nessa categoria são apresentadas as dificuldades e estratégias mais relevantes no processo de implantação e implementação do serviço de clínica

farmacêutica na atenção básica no município de Curitiba, segundo o relato dos profissionais entrevistados.

#### 5.2.1.1. *Dificuldades*

No desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica foram identificadas as dificuldades mais relevantes encontradas pelos farmacêuticos do NASF. Os entrevistados afirmaram que o mais importante obstáculo foi a falta de cooperação das equipes das Unidades Básicas de Saúde nos encaminhamentos para a realização da consulta farmacêutica. A resistência dos demais profissionais da equipe de saúde foi percebida desde o início da implementação do serviço até atualidade, como se verifica em: “a equipe marcar os pacientes para a gente atender, daí a gente não tinha agenda. Eu, principalmente, não tinha agenda, porque eles não marcavam” (entrevista 2), “a organização da agenda. A equipe entender o que você estava fazendo, porque você precisava de consultório né, te encaminhar paciente” (entrevista 5), “o apoio da equipe para eles estarem entendendo que o serviço é realmente importante e necessário, também fazendo os encaminhamentos para a gente” (entrevista 9), “ainda a equipe não está acostumada ainda, só em algumas unidades que a equipe já lembra de pôr na agenda do farmacêutico também o paciente” (entrevista 3),

Uma das coisas que o farmacêutico reclama bastante é que a gente abre as agendas e os profissionais, não é que não tenha demanda, porque a demanda é grande, mas o pessoal, ele esquece de colocar isso para a gente, ele ainda está no processo (entrevista 4),

Às vezes, ainda, a gente tem dificuldade com relação à agenda né, às vezes, eles não colocam pacientes em nossa agenda, a gente é que tem que correr atrás, a gente tem que ir em busca desse paciente (entrevista 5).

Adicionalmente, a indisponibilidade de consultório para a realização da consulta farmacêutica continua sendo uma dificuldade no desenvolvimento do serviço, como se depreende em: “o farmacêutico precisou solicitar um consultório, porque às vezes até hoje não tem disponível, a gente briga por espaço físico para atendimento” (entrevista 16),

A gente teve pouco espaço físico e quase todos os integrantes do NASF fazem atendimento individual, então isso prejudica um pouco, acho que até hoje falta de sala, falta de computador, às vezes você tinha sala, mas não tinha o equipamento (entrevista 11).



Pode-se inferir que a falta de encaminhamentos e a indisponibilidade do consultório provavelmente estava associada ao desconhecimento da equipe de saúde acerca dos objetivos e da importância do novo serviço farmacêutico. Consistiam também em clara manifestação de resistência à inserção do farmacêutico no cuidado da saúde dos usuários, como consequência do fato de que o farmacêutico sempre foi visto como o profissional cujas tarefas consistiam em cuidar, exclusivamente, da entrega do medicamento.

### *5.2.1.2 Estratégias*

Para mitigar as dificuldades encontradas no agendamento de usuários, a equipe de farmacêuticos criou estratégias destinadas a incentivar a equipe a encaminhar os usuários para o serviço de clínica farmacêutica, como se identifica em: “eu acho que, constantemente, a gente tem que estar lembrando aos profissionais da equipe: olha, vocês podem estar agendando paciente para a gente. Tentar ter parceiros na unidade né, para ver se eles nos ajudam” (entrevista 6), “a estratégia foi a capacitação da equipe para explicar qual é nosso papel” (entrevista 17),

A gente procurou participar mais das reuniões da equipe né, e ali você expor qual era o objetivo daquelas consultas, explicar né, qual era nossa função ali dentro né, e estar esclarecendo, pedindo para que eles colocassem esses pacientes para a gente atender (entrevista 5).

Por outro lado, os profissionais farmacêuticos estabeleceram estratégias que permitiam acessar a um consultório com maior facilidade. Isso consta em: “foi primeiro conscientizar ou pactuar com as chefias essa questão do espaço” (entrevista 18),

Na verdade, a gente teve que tomar posse das salas e fazer presente perante a chefia, perante a equipe, perante os outros profissionais do NASF, muitas vezes a gente tinha que impor também da nossa necessidade né, de divisão de sala quando a gente tem que estar com dois profissionais no mesmo dia, tem que dividir horário para que a gente possa manter esses atendimentos (entrevista 8),

Nas quatro unidades que eu tenho a gente tem sala de NASF, aí o que a gente faz quando está no mesmo dia dois profissionais, a gente acaba dividindo, dividindo os horários: os primeiros horários da tarde são meus, o restante é do outro profissional (entrevista 9).

Segundo os relatos dos farmacêuticos, pode-se perceber que as estratégias estabelecidas por cada um deles tiveram variações notáveis, fato que poderia estar

relacionado com a realidade do processo de trabalho de cada unidade de saúde e com as relações interprofissionais entre as diferentes categorias da área da saúde.

### 5.2.2. Organização do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica

Os participantes foram questionados sobre a organização dos serviços farmacêuticos, ao que a maioria respondeu que existem duas coordenações, uma responsável pelo ciclo da assistência farmacêutica e a outra pela atenção farmacêutica, como observa-se em:

Os serviços de assistência farmacêutica, eu acho que agora ficou dividida em duas partes, que seriam mais a parte de logística mesmo, que ficou no CRM [Centro de Recursos Materiais] da assistência farmacêutica, que é toda aquela parte do ciclo da assistência, da aquisição, seleção, compra, licitação, todo o demais até chegar à unidade de saúde, e um outro lado que é a parte que vê essa parte das consultas clínicas (entrevista 6);

A gente tem duas coordenações, que é da atenção farmacêutica e o outro CRM assistência farmacêutica. Uma cuida da parte logística, desde compra, licitação, medicamentos não padronizados né, questão com almoxarifado né, e outra que cuida mais da atenção farmacêutica, que está voltada ao atendimento clínico (entrevista 7),

A gente tem um núcleo que faz a aquisição, seleção, tem uma coordenação, né, que faz tudo isso, a seleção, isso do ciclo da assistência, e aí, quando chega na ponta, na dispensação, nós temos farmácias em todas as unidades de saúde onde é feita a dispensação, e agora a gente tem mais essa questão da avaliação clínica do paciente sobre o uso do medicamento (entrevista 18).

Segundo os relatos dos informantes, com a implantação do serviço de clínica farmacêutica na atenção básica surgiram mudanças no processo de trabalho dos farmacêuticos do NASF. Compete a esse profissional trabalhar 6 horas diárias, tempo que tem que ser dividido entre as atividades de logística e a atenção farmacêutica ao usuário: “a gente ficou dividido assim: três horas de consulta e três horas de logística” (entrevista 3); “a gente sempre tira um espaço da logística do medicamento, a gente faz 6 horas, então o que a gestão coloca é que a gente trabalhe uma parte com a gestão e uma parte com a consulta farmacêutica” (entrevista 4); “a gente faz uma parte de atendimentos, uma parte a gente faz serviços burocráticos né, e faz o serviço da logística” (entrevista 11), “nós fazemos 6 horas, e a gente tem que se dividir entre logística e consultas né, a gente tem que fazer grupo, que a gente faz com todos os outros profissionais do NASF” (entrevista 5). De tal forma, verifica-se que a gestão do tempo no

processo de trabalho dos farmacêuticos é fundamental para conseguir atender à demanda, tanto da gestão do medicamento, como da atenção aos usuários, mediante consultas farmacêuticas e trabalho na equipe multiprofissional.

O problema da gestão do tempo para realização das atividades de assistência farmacêutica foi objeto de relevantes divergências nos relatos dos profissionais farmacêuticos entrevistados. Alguns dos informantes mencionaram que em muitas ocasiões têm que destinar mais tempo à gestão do medicamento e, como consequência, diminuem o número de consultas farmacêuticas: “hoje em dia a gente está sendo muito exigida na logística, nós não estamos conseguindo tanto fazer a consulta” (entrevista 20),

Atualmente, a gente dedica metade do período para fazer a gestão do medicamento e metade (o que tenta, porque é difícil), metade para fazer o atendimento da clínica. Mas assim, existem épocas que acaba extrapolando a parte da gestão, porque tem período difícil de falta de medicação (entrevista 13);

Nós fazemos parte dos dois, tanto da logística na US, tanto a parte da consulta farmacêutica, aí a gente tem que dividir metade do tempo para uma coisa, só que a logística demanda um tempo muito grande porque falta medicamento, você que tem que correr atrás, você tem que ver que tem e que não (entrevista 17).

Em contrapartida, outros informantes afirmaram que destinam mais tempo às atividades que visam promover o uso racional de medicamentos: “a gente tem que saber administrar ali o tempo, então eu uso mais ou menos duas horas para esse apoio à logística e as outras quatro para consulta farmacêutica e trabalho em equipe” (entrevista 10).

Em conclusão, pode-se inferir que o tempo que os farmacêuticos destinam para as atividades administrativas de logística do medicamento, de atenção farmacêutica e para o trabalho multiprofissional da equipe do NASF, possivelmente varia em função de diversos aspectos, tais como a gestão das unidades de saúde, o desempenho dos profissionais da atenção farmacêutica, as atividades coletivas desenvolvidas pelo NASF e a importância que os profissionais farmacêuticos atribuem às atividades que promovem o uso adequado de medicamentos.

### 5.2.3. Equipe técnica

Nessa categoria são apresentadas as percepções dos informantes acerca de aspectos relevantes da equipe técnica na execução da clínica farmacêutica na atenção básica no município de Curitiba-PR.

#### 5.2.3.1. *Formação dos recursos humanos*

As declarações dos farmacêuticos entrevistados evidenciaram que, durante sua formação acadêmica, eles não foram capacitados para a realização de atividades de assistência farmacêutica, nem desenvolveram habilidades de atendimento clínico aos usuários. Ao contrário, os currículos escolares dos cursos de graduação em farmácia por eles frequentados encontravam-se direcionados à gestão da logística de medicamentos: “em minha formação não tinha essa clínica farmacêutica, esse contato assim com o paciente, acho que isso daí também foi uma coisa que pesou bastante” (entrevista 5), “quando nós saímos da faculdade, nós não tínhamos a farmacologia aplicada à prática, nós tínhamos a teoria da farmacologia, mas por exemplo, a associação com a clínica do paciente nós não tínhamos ainda” (entrevista 14), “a gente mesmo saía da faculdade com uma visão que era mais a ideia de ficar atrás de um balcão, esperando a demanda vir” (entrevista 22);

A gente, na graduação, não aprendeu a fazer anamneses, nada... fazer consulta diretamente como farmacêutico, a gente não foi treinada para isso [...] às vezes eu me sinto, acho que um pouco insegura, meio que despreparada para as consultas, ainda falta mais conhecimento” (entrevista 6);

Acho que uma coisa bem forte que o profissional tem que trabalhar é o conhecimento, até porque nossas faculdades não foram feitas... o currículo principalmente: a minha, por exemplo, para trabalhar esse aspecto... o farmacêutico trabalhar como farmacêutico clínico” (entrevista 4);

Farmacêutico é assim, eu sou formada há bastante tempo, então a gente não teve um ensinamento para atender o paciente, farmácia clínica, o máximo no balcão, dizer a reação adversa, mas não a clínica” (entrevista 13).

De tal forma, pode-se afirmar que, mesmo existindo o posicionamento por parte da Organização Pan-americana da Saúde sobre a reformulação das grades curriculares dos cursos de farmácia, adaptando-os ao novo paradigma da atenção

farmacêutica, ainda existe resistência por parte das instituições de ensino encarregadas de qualificar os profissionais farmacêuticos, para que participem do cuidado da população, sendo corresponsáveis pela farmacoterapia dos usuários. A falta de recursos humanos qualificados para desenvolver programas e ações no âmbito da assistência farmacêutica aos usuários dificulta cumprir os objetivos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Brasil, a qual visa promover o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de fármacos.

Ademais, é importante refletir sobre como as instituições educativas formadoras de profissionais na área da saúde estão abordando a qualificação dos profissionais no contexto da atenção farmacêutica na atenção básica, sendo que para atingir os objetivos da clínica farmacêutica é importante o trabalho interprofissional, o qual aparentemente é pouco abordado na formação dos profissionais da saúde.

#### *5.2.3.2. Interações com outros profissionais*

Uma das principais dificuldades na implementação da clínica farmacêutica na rede de atenção básica de Curitiba tem sido a resistência manifestada por parte dos profissionais de saúde, especialmente por alguns médicos, conforme se evidencia nos seguintes relatos: “uma das coisas que o farmacêutico reclama bastante é que a gente abre as agendas, é que os profissionais, não é que não tenha demanda, porque a demanda é grande, mas o pessoal, ele esquece de colocar isso para a gente” (entrevista 4), “hoje são poucos os médicos que encaminham para a gente, e a gente depende da equipe, e a equipe ainda não tem esse costume” (entrevista 3), “eu percebo assim: a parte médica, eles ainda têm, não é todos, ele ainda têm um pouco de resistência de nos encaminhar, não sei qual é o medo, não sei se eles acham que a gente vai fiscalizar” (entrevista 20).

Mesmo existindo resistência por parte dos médicos, os farmacêuticos também ressaltam que o processo de trabalho entre eles e os médicos vem experimentando mudanças significativas. Alguns médicos já estão cientes da relevância do acompanhamento do tratamento medicamentoso pelo farmacêutico e das funções que esse profissional possui no contexto da atenção básica: “muitos médicos querem saber

o tipo de dosagem de medicamentos” (entrevistas 1), “tem médico que aceita bem a orientação, assim, a sugestão que a gente dá, a mudança do medicamento, de doses, alguma coisa assim, mas também tem médicos que já não gostam que mexam na parte clínica que foi dado ali” (entrevista 2), “discutir caso com o médico, quando é possível, a gente consegue, às vezes o horário do médico é um pouco mais complicado” (entrevista 11),

Eu acho que essa relação entre o médico e o farmacêutico melhorou bastante né, eu acho que os médicos conseguiram entender que a gente está ali para ajudar, que não estamos para competir com ninguém, é para melhorar o paciente” (entrevista 13);

Muitos médicos nos procuram às vezes para tirar alguma dúvida com relação à posologia do medicamento, aonde, como encaminhar esse usuário para farmácia especial do estado, o mesmo solicitar o medicamento não padronizados aqui pela SMS, então eu acho que nós aproximamos mais a equipe” (entrevista 5),

O médico já está vendo que tem algum problema de adesão, ou toma muita medicação, ele já coloca na minha agenda, o despadronizado, que é aquela medicação que a prefeitura traz especificamente para alguns pacientes, também já encaminham para mim, então já está dando um certo um trabalho em conjunto o médico com o farmacêutico” (entrevista 7).

Por conseguinte, pode-se afirmar que a inserção da clínica farmacêutica nos serviços oferecidos na rede de atenção básica tem possibilitado a interação do farmacêutico com a equipe de saúde, e especialmente com o médico, já que é mediante a prescrição médica que se inicia o tratamento medicamentoso. Nesse contexto, mostra-se indispensável a elaboração de uma atuação interprofissional e colaborativa, que vise evitar os fenômenos da polimedicação, da automedicação e do uso não racional de medicamentos, promovendo a supervisão da adesão ao tratamento medicamentoso, com as finalidades de garantir o alcance dos objetivos da farmacoterapia e de diminuir as interações medicamentosas e seus efeitos adversos. No entanto, é importante ressaltar que, após vários anos da implantação do serviço de consulta farmacêutica na rede de atenção básica de Curitiba, ainda persiste a dificuldade dos encaminhamentos por parte da equipe de saúde, e especificamente por parte dos médicos. Seria pertinente analisar a visão que os outros profissionais possuem sobre o serviço farmacêutico, com o intuito de compreender o motivo da resistência que expressam.

A carência de recursos humanos qualificados na atenção farmacêutica também dificulta a interação com os outros profissionais, já que se observa que os

farmacêuticos não são previamente capacitados para participar do trabalho interprofissional na atenção à saúde. Esse fato, além de dificultar o atendimento aos usuários - já que alguns dos farmacêuticos ainda têm arraigada a ideia de que a função do farmacêutico está exclusivamente relacionada à logística do medicamento - também prejudica o atendimento ao usuário: se o profissional farmacêutico não se mostrar ciente da relevância do serviço de clínica farmacêutica e não realizar um atendimento humanizado, possivelmente o usuário não acreditará que o serviço seja necessário para o cuidado de sua saúde pessoal, nem relevante para a saúde da população.

É evidente que durante o processo de implementação da consulta farmacêutica a equipe de saúde deve conhecer a política de assistência farmacêutica e seus objetivos, o que se mostra indispensável para a compreensão das razões da inserção do farmacêutico no cuidado integral dos usuários e da importância do serviço de clínica farmacêutica para a população em geral. Dessa compreensão depende a melhora do fluxo de encaminhamentos dos usuários para a consulta farmacêutica.

#### *5.2.3.3. Prestígio profissional do farmacêutico*

Antes da implantação da clínica farmacêutica na rede de atenção básica, o farmacêutico era visto por outros profissionais como o profissional que cuidava exclusivamente da logística do medicamento. A redução de suas atribuições a esse aspecto fazia que o farmacêutico se sentisse desprestigiado, conforme se evidencia em: “não éramos valorizados, não tínhamos muita relevância” (entrevista 2), “o farmacêutico sempre foi como apagador de incêndio, de ser um transportador de medicamentos, de caixinha” (entrevista 3); “o farmacêutico era visto como o profissional da unidade de saúde que conseguia o medicamento” (entrevista 18); “a gente era reconhecido como os profissionais da caixinha né, que a gente estava ali só para cuidar da caixinha, do remédio” (entrevista 10); “o farmacêutico era para ficar atrás do balcão da farmácia e entregar remédio” (entrevista 23); “havia pessoas da gestão que achavam que o farmacêutico era uma pessoa que é como se fosse um almoxarife, cuidar do almoxarifado e fazer relatórios” (entrevista 24);



Eu sempre digo que a equipe sempre via no farmacêutico uma caixinha de medicamento, então ele sempre via o farmacêutico nessa parte da logística e mexendo como o medicamento, nunca como o profissional de saúde mais completo que poderia dar orientações à população (entrevista 4).

De modo que, pode-se deduzir que o fato do farmacêutico ser visto como o profissional que cuida apenas da logística do medicamento dificultou e continua dificultando a inserção da atenção farmacêutica como um dos serviços que contribui para o cuidado da saúde dos usuários. Essa visão entre os componentes da equipe de saúde acarreta a diminuição do número de encaminhamentos para a consulta farmacêutica. No entanto, após a implantação da clínica farmacêutica, os farmacêuticos começaram a desenvolver atividades que lhes permitia ter maior interação com a equipe de saúde e com os usuários, contribuindo para o cuidado integral à saúde e para a promoção do uso adequado dos medicamentos, fato que lhes fazia sentirem-se valorizados e reconhecidos como profissionais da área da saúde, como se observa em: “o crescimento profissional foi muito grande, eu estou me sentindo muito realizado com o que eu faço, porque em todos os lados, em todos os ângulos da US a gente tem sempre pedido do farmacêutico” (entrevista 7), “eu realmente me senti muito valorizada como profissional” (entrevista 16), “esse reconhecimento que a gente chama de ressignificação de nossa profissão” (entrevista 10). Mostra-se evidente que a implantação do cuidado farmacêutico na atenção básica foi um avanço para a ressignificação do papel do farmacêutico no Sistema Único de Saúde, conforme a OMS e a OPAS vinham proclamando, além de ser uma conquista para os farmacêuticos, permitindo-lhes descobrir um campo das ciências farmacêuticas que tem sido pouco explorado no Brasil.

#### *5.2.3.4. Tamanho da equipe*

Conforme mencionado no capítulo anterior, os profissionais entrevistados na pesquisa informaram que, após o encerramento do projeto piloto, o serviço de clínica farmacêutica foi implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Curitiba. Naquele momento todas as equipes do NASF contavam com um farmacêutico, entretanto com a saída de alguns farmacêuticos e a omissão da gestão de repor esses profissionais, o tamanho das equipes foi diminuído, e possivelmente continue diminuindo, como se identifica em: “no começo a gente era em 30, agora a gente está em 23, desses



23 nós temos 4 em processo de aposentadoria e a gente está com quadro de farmacêutico desfalcado” (entrevista 10), “precisaria de mais farmacêutico para repor os farmacêuticos que se aposentaram e que saíram do NASF” (entrevista 9). A omissão na reposição de recursos humanos é uma das dificuldades que atualmente enfrenta o serviço de clínica farmacêutica, sendo que o quantitativo atual de farmacêuticos em atividade não é suficiente para atender a demanda existente. Assim se evidencia em: “eu acho que a falta de recursos humanos é bem gritante” (entrevista 22), “realmente, há mais unidades do que os farmacêuticos poderiam atender presencialmente” (entrevista 14).

De modo que, pode-se afirmar que a falta de recursos humanos gera instabilidade no progresso da atenção farmacêutica na rede de atenção básica do município. E, uma vez que o serviço é relativamente novo, precisa alcançar o reconhecimento das equipes de saúde e da população atendida, fazendo-se necessário que seja ofertado em todas as unidades de saúde. A falta de farmacêutico em algumas unidades de saúde também dificulta a mudança do paradigma do papel do farmacêutico no sistema de saúde, já que ele continua sendo visto como o profissional encarregado exclusivamente da logística do medicamento, em consequência do atendimento clínico farmacêutico nesse local.

Além das dificuldades já mencionadas, relacionadas à gestão do tempo nas atividades da assistência farmacêutica, observa-se que outra dificuldade presente no processo de trabalho é a rotatividade dos profissionais farmacêuticos pelas unidades de saúde dos distritos sanitários: “a dificuldade que a gente tem hoje é que a gente atende diversas unidades da prefeitura, então a gente está basicamente um dia por unidade, ou um período, posso dizer de 6 horas por unidade durante a semana. Então, para a realidade que a gente tem hoje, é muito pouco” (entrevista 22), “cada dia da semana eu vou numa unidade, então fico uma semana sem ir nessa unidade, quando a gente chega lá tem um monte de gente, quero saber disso, quero saber daquilo” (entrevista 13), “a gente fica um dia praticamente em cada unidade de saúde, isso é muito pouco” (entrevista 2), “se a gente tivesse menos unidades de saúde, quem sabe a gente conseguisse desenvolver mais atendimentos” (entrevista 9).

É evidente que o fato do farmacêutico estar presente apenas um dia na semana em cada unidade de saúde prejudica a efetividade da atenção farmacêutica. Como, na rotina de atendimento das unidades, os medicamentos são prescritos e dispensados durante todos os dias da semana, não se justifica que a presença do profissional farmacêutico na UBS esteja limitada a um dia por semana, fazendo-se necessário o aumento quantitativo de farmacêuticos na rede de atenção básica. É importante que, durante o diagnóstico da demanda por profissionais farmacêuticos na rede de atenção básica, leve-se em consideração as funções que esse profissional deve desempenhar na assistência direta aos usuários, e não apenas as tarefas de gestão da logística dos medicamentos.

#### 5.2.4. Visibilidade do usuário na atenção farmacêutica

Essa categoria apresenta a percepção dos informantes acerca do desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica perante os usuários e os resultados que o serviço tem atingido na atenção básica à saúde.

##### 5.2.4.1. *Relação farmacêutico-usuário*

A inserção do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica de Curitiba deu início à redefinição do processo de trabalho dos farmacêuticos e incorporou este profissional como corresponsável pela farmacoterapia dos usuários, mediante um serviço de atenção integral, conforme se observa em: “a gente consegue ver o paciente como um todo” (entrevista 2); “eu tenho que entender o usuário no contexto de vida dele” (entrevista 22);

Na consulta, a gente não abrange só sobre o tratamento dele específico, a gente abrange, nós temos que ter um contato sobre a vida do paciente, para ver se ele tem condições de fazer uma dieta adequada, se tem alguém para auxiliar na tomada da medicação, se ele consegue enxergar a quantidade de insulina que tem que colocar na seringa, se ele tem noção das sequelas da doença dele (entrevista 3).

A clínica farmacêutica constitui mais um dos serviços que visam efetivar o princípio da integralidade na atenção à saúde, exigindo do farmacêutico um olhar amplo sobre as condições de saúde dos usuários, mediante o qual ele entenda que diversos fatores podem interferir na efetividade da farmacoterapia, identificando os problemas a

ela relacionados e promovendo o acolhimento e a satisfação dos usuários: “eles ficam bem satisfeitos assim, então eu acho que essa relação de confiança, sabe, vai se estreitando e eles acabam tendo a gente como um profissional de confiança” (entrevista 10), “é uma relação que ela é um pouquinho mais longa e muitas vezes até estabelece vínculo” (entrevista 14), “os pacientes que mais precisam, você só consegue tocar com vínculo, senão você não consegue” (entrevista 22).

Por conseguinte, é possível inferir que a clínica farmacêutica se caracteriza como um atendimento integral e humanizado, contribuindo para a conscientização da importância dos autocuidados em saúde e para o esclarecimento das condições sob as quais se desenvolve a farmacoterapia, tornando os usuários protagonistas do cuidado da sua saúde: “conforme ele vai se sentindo acolhido, ele vai se abrindo e tem muito que ver com a humanização nesse sentido” (entrevista 1),

Sempre trocando com o paciente, valorizando o que ele traz para você e tentando encontrar um meio termo de teu conhecimento que é necessário para que ele melhore, mas não depreciando o que ele traz para você, sempre acolhendo (entrevista 16),

É uma consulta humanizada, porque a gente não está ali para julgar a ninguém, a gente não está ali para dar bronca porque está usando errado, na verdade é entender porque é que ele faz errado, porque é que ele não está entendendo, porque é que ele não quer fazer (entrevista 10).

Ademais, os participantes relatam que a consulta farmacêutica tem se tornado um espaço que possibilita ao usuário apresentar as inconformidades referentes ao serviço dos outros profissionais da saúde. Assim se observa em: “a gente tem que fazer essa ponte, esse apoio entre o usuário e a equipe, para ele entender que a equipe ali está tentando ajudar” (entrevista 10).

A gente escuta eles, escuta as preocupações que ele tem, as dúvidas, as inseguranças, os medos até do outro profissional, o medo do médico, o medo de falar, de se expor, então a gente acaba servindo de ponte entre ele e o prescritor (entrevista 4);

Aquilo que ele não conta para o médico, ele conta para nós né, então eu acho que o mais importante é você ouvir, deixar o paciente falar, às vezes eles acabam falando coisas assim, que não contam na consulta médica (entrevista 5),

Pode-se concluir que o fato do usuário relatar ao farmacêutico seus medos e inseguranças, além de relatar os problemas que enfrentam no cuidado de sua saúde,

torna a consulta farmacêutica uma tecnologia leve em saúde, apta a contribuir para ampliar a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários do SUS.

#### *5.2.4.2. Identificação dos padrões de uso de medicamentos*

Os participantes relataram que a maioria dos usuários apresentam inconvenientes com a farmacoterapia, conforme se verifica em: “nenhum paciente que passa pela gente deixa de ter um problema relacionado ao medicamento” (entrevista 10). Entre os problemas identificados, o mais frequente foi a polimedicação, situação que poderia estar relacionada com o aumento da prevalência das doenças crônicas e ao uso contínuo de medicamentos que, a longo prazo, termina desenvolvendo complicações que têm que ser controladas com mais medicamentos: “a gente vê muitos pacientes com vinte, vinte cinco, trinta medicamentos” (entrevista 1).

Outro dos problemas identificados foi o uso inadequado de medicamentos: “eles têm dúvidas quanto ao uso do medicamento, eles tomam de forma bastante errada” (entrevista 2), “a gente vê muitos analfabetos, eles não sabem nem ler, nem escrever, eles muitas vezes não sabem diferenciar os comprimidinhos” (entrevista 1), “a gente vê que uma minoria que toma certo, a maioria, tipo 90%, eu acho, toma mal” (entrevista 21). É evidente que existe uma lacuna no acesso à informação para o uso adequado dos medicamentos, sendo que as instalações das farmácias das unidades de saúde são inapropriadas para a realização de um atendimento no qual ocorra a transmissão das informações segundo as necessidades de cada indivíduo, além de serem um espaço de trânsito público, no qual possivelmente o usuário não se sinta confortável para esclarecer suas dúvidas.

Também problemas relacionados à adesão ao tratamento foram identificados como decorrentes da baixa compreensão sobre as peculiaridades da farmacoterapia: “a gente observa assim que eles não aderem muito, não aderem ao tratamento, é justamente por causa de, são pacientes muitas vezes de baixa escolaridade, muitos não sabem ler” (entrevista 5), “às vezes, ele não vê a necessidade de seguir um horário, de terminar o tratamento” (entrevista 22)

Os nossos usuários, não sei se todos, mas os nossos aqui são carentes de conhecimentos mesmo, aqueles que têm formação educacional elevada, eles também são carentes de conhecimento, eles não sabem como é que aumenta a

pressão, como cuidar da sua diabetes, eles têm mitos que assim, que a gente até não acredita” (entrevista 16).

Dessa forma, observa-se que, em primeiro lugar, o analfabetismo real ou funcional interfere na adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que os usuários analfabetos não conseguem ler as indicações que acompanham o medicamento, e, portanto, eles só têm a informação que foi fornecida no momento da prescrição e da dispensação, informação que muitas vezes é insuficiente e interpretada de forma incorreta, disso tudo decorrendo o uso inadequado de medicamentos ou a não adesão ao tratamento. Adicionalmente, o baixo nível de educação sanitária possivelmente também interfere na efetividade da farmacoterapia, já que muitos usuários desconhecem as características da sua doença e a função do medicamento no processo saúde-doença, tendo como resultado indivíduos consumindo medicamentos e a doença não sendo controlada. Mostra-se importante o acompanhamento no tratamento medicamentoso para a supervisão da efetividade da farmacoterapia e para a diminuição do consumo de medicamentos quando possível, visando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

No desenvolvimento do projeto piloto foi determinado que o público-alvo seriam os usuários com maior risco associado aos medicamentos, em uso de mais de cinco medicamentos, ou aqueles que apresentassem problemas com a farmacoterapia e que fossem identificados pelas equipes de saúde. Esses usuários teriam prioridade no agendamento das consultas farmacêuticas. No entanto, o parâmetro de priorização tem mudado ao longo do tempo. Atualmente são priorizados os usuários com patologias crônicas não controladas, e especificamente os diabéticos, conforme se identifica em: “eu atendo principalmente os diabéticos” (entrevista 2); “acompanhar o diabético com hemoglobina glicada maior que nove” (entrevista 3); “a gente está trabalhando com o paciente diabético” (entrevista 4); “nós estamos cuidando dos diabéticos que têm hemoglobina glicada acima de nove” (entrevista 7); “a gente está atuando bastante com os doentes crônicos não controlados, pacientes diabéticos não controlados, os hipertensos não controlados” (entrevista 10). Sem embargo, alguns informantes afirmaram que o fato de priorizar os diabéticos não significa que a outra parte da população não possa acessar o serviço. Exemplifica-se em: “eu estou marcando mais com diabéticos, mas se algum paciente me procurar eu atendo” (entrevista 13), “no

momento, a prioridade são os diabéticos insulino dependentes, isso não quer dizer que outros não são atendidos” (entrevista 15), “o foco são os pacientes com diabetes, mas não significa que é só diabéticos que eu atendo, tudo o que aparecer eu atendo” (entrevista 20). A busca ativa por paciente diabéticos corresponde ao momento atual de desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica na rede curitibana de atenção básica. O fato dessa enfermidade possuir caráter crônico e os agravos à saúde que seu descontrole pode causar justificam a adoção desse critério de priorização. Pelas mesmas razões, espera-se que o serviço de clínica farmacêutica possa responder, no futuro, às demandas de outros públicos com alta vulnerabilidade em saúde.

#### *5.2.4.3. Visões da assistência farmacêutica*

No início do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica existiu uma grande resistência por parte dos usuários, quanto à sua aceitação. Para eles, era estranho que fosse marcada uma consulta com o farmacêutico, e não acreditavam que fosse um serviço relevante, tanto que deixavam de comparecer à consulta, situação que foi mudando ao longo do tempo. Os usuários começaram a perceber a relevância do novo serviço oferecido pelos farmacêuticos, como se nota em: “eu acho que é bem gratificante, porque eu percebo que quando eles vêm para a consulta, eles não dão a devida importância, quando eles saem, eles saem bem contentes” (entrevista 11),

No começo do programa tinha a resistência do não, como assim, por que que você está entrando em contato comigo para saber se eu tomo ou não tomo meus medicamentos, isso não interessa para ninguém (entrevista 15).

Evidentemente, a resistência dos usuários pode estar relacionada a dois aspectos: ao paradigma do farmacêutico ser visto como o profissional encarregado só de dispensar o medicamento e ao modelo médico hegemônico, que ainda está arraigado no olhar da população.

O desconhecimento por parte dos usuários sobre o serviço de clínica farmacêutica dificultava a realização da consulta, seja porque o usuário não comparecia, ou porque ele não ia com a disposição de ser orientado pelo farmacêutico, acreditando que o serviço não era relevante. Assim se verifica em: “quando fala de consulta para a cabeça da população, quem vale é médico e ponto” (entrevista 1), “às vezes, eles acham

que consulta para eles é só consulta médica né, na hora que você fala que é consulta farmacêutica eles ficam um pouco decepcionados” (entrevista 5), “a primeira dificuldade é a captação dos pacientes, porque os pacientes é, tem muita dificuldade de ver isso né, consulta com o farmacêutico, ‘mas porque com o farmacêutico, eu não tenho nada que falar com ele’ né, e eles acabam não comparecendo” (entrevista 10), “acho que o próprio paciente fica com aquelas coisas na cabeça, que é só consulta médica que vale a pena” (entrevista 11).

A resistência que alguns usuários apresentam frente à consulta farmacêutica provavelmente esteja associada ao pequeno período de inserção do serviço de clínica farmacêutica no processo de atenção básica à saúde, em comparação com os outros serviços. Além disso, a população ainda tem arraigado o modelo médico hegemônico, no qual o cuidado da saúde centra-se na atuação do médico, resultando na desvalorização dos serviços oferecidos pelos outros profissionais da saúde.

Embora, para alguns usuários, o serviço não tenha importância, para outros a consulta farmacêutica é um serviço que tem uma abordagem diferenciada. Consta em: “eles falam que em tanto tempo de diabetes que eles nunca tiveram uma consulta com esse esclarecimento” (entrevista 22).

De tal forma, pode-se considerar que, mesmo existindo resistência inicial de uma parte da população, a clínica farmacêutica caracteriza-se, entre os usuários que frequentam o serviço, como um atendimento diferenciado, que contribui para melhorar as suas condições de saúde.

#### 5.2.5. Realidade atual do serviço

Nessa categoria apresenta-se os aspectos mais relevantes, referente à execução do serviço de clínica farmacêutica na atualidade, desde o nível de cobertura até as perspectivas dos informantes sobre o serviço.

##### 5.2.5.1. *Nível de cobertura*

Ao indagar sobre a abrangência da oferta do serviço de clínica farmacêutica, identificou-se que o serviço não está sendo ofertado em todas as unidades de saúde do

município de Curitiba, já que há farmacêuticos que saíram do NASF e ainda não foram substituídos. Isso está evidenciado em: “praticamente em todas as unidades de saúde, quando iniciou estava sendo realizada em todas, mas alguns farmacêuticos já se aposentaram e daí está faltando alguns farmacêuticos em alguns distritos, o número reduziu bastante” (entrevista 2), “agora nós estamos com muito *déficit* de pessoal né, tem farmacêuticos que se aposentaram, então tem unidades que estão descobertas, então com certeza essas unidades não estão tendo esse tipo de trabalho que nós temos” (entrevista 5), “a gente teve que dividir as unidades da outra farmacêutica para a gente também ter o cuidado, o acordado com o distrito sanitário é que nós iríamos presencialmente nessas unidades de saúde, mas não faríamos atendimento farmacêutico” (entrevista 12), “realmente há mais unidades do que os farmacêuticos poderiam atender presencialmente” (entrevista 14),

O serviço está implantado em todas as unidades de saúde, só como te mostrei na apresentação no começo a gente era em 30, agora a gente está em 23, desses 23 nós temos 4 em processo de aposentadoria e a gente está com quadro desfalcado, por isso é que a unidade de saúde não tem a consulta farmacêutica, por exemplo, em meu distrito somos em 12 US e tem consulta apenas nas 4 que é onde eu faço, eu apoio as outras 8 unidades de saúde, mas não tem consulta, abrangência está limitada pelo número de profissionais atualmente (entrevista 10).

De acordo com os relatos dos informantes, é possível afirmar que o serviço está em decadência no âmbito da cobertura, posto que eles dizem que o serviço foi implantado em todas as unidades, que nos primeiros anos o serviço era ofertado em todas as Unidade Básicas de Saúde e que atualmente a consulta farmacêutica não está sendo ofertada em algumas unidades, como consequência da falta de reposição dos farmacêuticos que saíram do NASF, situação que provavelmente está associada à mudança de prioridades por parte da gestão central.



**Figura I** – Cobertura do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica no município de Curitiba

Distrito	Unidades de Saúde	Farmacêuticos	Cobertura por Unidades	População
Bairro Novo	12	3	100%	145.433
Boa Vista	19	3	63,1%	248.698
Boqueirão	14	4	100%	197.346
Cajuru	12	1	33,3%	215.503
CIC	17	4	94,1%	184.482
Matriz	3	2	100%	205.722
Pinheirinho	11	2	72,7%	147.528
Portão	7	2	100%	179.155
Santa Felicidade	8	2	100%	146.081
Tatuquara	8	2	100%	81.959
TOTAL	111	25	90%	1.751.907

Fonte: Figura elaborada pela autora, com dados coletados dos sites da SMS e da Agência Curitiba Desenvolvimento e Inovação. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/distritos-sanitarios.html>. Consultado em: <http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/perfil-economico-regional>.

Os informantes da pesquisa também analisaram este problema desde o ponto de vista da demanda dos usuários. Para os farmacêuticos, a demanda é grande e são poucos profissionais, porém eles acabam priorizando alguns casos, como se nota em: “não conseguimos atender porque assim, tem muito paciente que não está controlado, que precisa de atendimento, que precisa dessa ajuda, mas a gente não consegue” (entrevista 13), “nós não atendemos totalmente a demanda existente, é muito usuário, é uma demanda muito grande para pouco profissional” (entrevista 18), “a demanda da população total não, a gente acaba atendendo as prioridades, os casos mais graves ou o que a equipe aponte” (entrevista 10).

Portanto, é possível inferir que são múltiplos os fatores que impedem que a oferta de consultas farmacêuticas consiga satisfazer a demanda da população:

primeiramente, a escassez de recursos humanos no âmbito da assistência farmacêutica na atenção básica; em seguida, a estratégia do farmacêutico só estar na unidade de saúde um dia na semana; e, por último, o fato de ter que dividir o tempo de trabalho entre a logística e a atenção farmacêutica. Tais aspectos terminam por prejudicar a efetividade do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica à saúde.

#### *5.2.5.2. Desafios da atenção farmacêutica*

Segundo os farmacêuticos, os desafios presentes resumem-se a conseguir manter a oferta do serviço na atenção básica e contribuir no cuidado da saúde dos usuários, visando melhorar sua qualidade de vida, conforme consta em: “ampliar cada vez mais esse trabalho com nossos usuários” (entrevista 5), “aumentar o número de consultas farmacêuticas e diminuir o outro lado de logística” (entrevista 6), “manter esse serviço de consulta farmacêutica atuante” (entrevista 10), “o desafio hoje não é só que o medicamento chegue ao paciente com qualidade e eficácia, mas que o paciente tenha um bem estar e que faça adesão ao tratamento né, e que tenha uma qualidade de vida melhor” (entrevista 13).

Apesar do farmacêutico ter sido inserido no cuidado da saúde dos usuários do SUS, tal inserção ainda apresenta dificuldades que interferem no desenvolvimento e na consolidação do serviço. Situações como a falta de recursos humanos no cuidado farmacêutico, a rotatividade pelas unidades de saúde, o paradigma de que as funções do farmacêutico devem ser focalizadas no acesso ao medicamento e a mudança de objetivos da gestão em saúde fazem com que os farmacêuticos percebam que o serviço está em decadência, tornando-se como principais desafios garantir sua oferta na rede de atenção básica e ampliar o número de consultas farmacêuticas.

#### *5.2.5.3. Instabilidade dos objetivos*

A mudança da gestão municipal provocou instabilidade no serviço de clínica farmacêutica. Para os informantes, é visível que a gestão atual tem um maior interesse em garantir a dispensação dos medicamentos, priorizando atividades logísticas, e que existia um desconhecimento de parte da nova gestão sobre o serviço de clínica

farmacêutica na atenção básica, como se observa a seguir: “eu acho que com o prefeito atual, ele quer só que não falte remédio” (entrevista 3),

Entrou esta gestão e perdeu a força, não existe aquela forma política que estava antes [...] a visão da nova gestão é muito de produção mesmo, eles querem que não falte remédio, não querem saber de promover a saúde (entrevista 1),

É um serviço que não saiu mudando a gestão, a nova gestão. Agora, ela precisou ser informada desse serviço, porque é uma coisa tão nova que eles também não conheciam, mas continuou, ainda se mantém, a gente entende que agora é um serviço que está solto” (entrevista 24).

Após um período inicial de instabilidade, nota-se que o serviço da clínica farmacêutica vem ganhando novamente espaço na atenção básica, com a colaboração da gestão da SMS. O fato de ter mudado a gestão municipal pode ter interferido na instabilidade dos objetivos elencados após a finalização do projeto piloto, situação que poderia estar relacionada com o desconhecimento da nova gestão sobre a importância da consulta farmacêutica no atendimento integral do usuário no Sistema Único de Saúde e ao interesse de exclusivamente garantir o acesso ao medicamento.

#### *5.2.5.4. Perspectivas do farmacêutico nos serviços de saúde*

Os farmacêuticos percebem a relevância da clínica farmacêutica na atenção à saúde e sabem da importância de promover o uso racional de medicamentos mediante atividades individuais e coletivas. Entretanto, eles consideram que a inclusão da consulta farmacêutica no processo de trabalho do farmacêutico aumentou as responsabilidades laborais, sem o correspondente incremento da quantidade de farmacêuticos atuantes na rede de atenção básica, conforme se evidencia em: “é assim, para um serviço gigantesco a gente está com pouquíssimos profissionais e uma demanda muito grande, porque hoje a gente tem, se existisse mais profissionais eu acho que isso, com mais abrangência, seria um resultado incrível” (entrevista 19), “hoje o nosso trabalho aumentou, estratosféricamente, a gente sabe de toda importância, mas a gente não, não tem pernas para dar conta de tudo e o que antes começou como a gente querendo fazer, hoje tá virando como cobrança para a gente ser obrigado a fazer” (entrevista 22).

É evidente que atualmente a carência de farmacêuticos atuantes na rede de atenção básica é uns dos aspectos que provoca a decadência do serviço, sendo que algumas unidades de saúde não contam com este profissional para a realização de

consultas farmacêuticas. Além disso, em muitas ocasiões os farmacêuticos deixam de fazer consultas para atender às atividades administrativas e de logística do medicamento. Por conseguinte, a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu uma quantidade mínima de consultas a serem realizadas por dia, conforme consta em:

A gestão já está cobrando a consulta farmacêutica dos profissionais, e então assim, eu acho também que agora a gente vai ter um novo patamar, porque aquela pessoa que realmente não gosta da parte clínica, ela vai ter que sair do serviço [...] no mínimo por US mais o menos o que foi pautado, duas consultas por dia por US, então se você for analisar é uma pauta baixa se você fizesse só consultas farmacêuticas, mas você aí tem todo o outro lado da gestão, que o pessoal pede vários medicamentos, remanejamento (entrevista 4).

O agendamento de no mínimo duas consultas por dia é considerado uma decisão que gera controvérsia entre os entrevistados: por um lado, o farmacêutico que não faz consulta vai se ver obrigado a realizar dois atendimentos, situação que vai beneficiar os usuários; mas, por outro lado, considera-se que é um agendamento com um número muito baixo de consultas farmacêuticas, tendo em conta que na atualidade o público prioritário são os usuários que padecem de doenças crônicas, especificamente diabetes e hipertensão, público que tem uma tendência a aumentar. Portanto, seria necessário realizar mais que duas consultas/dia para conseguir atingir-se a demanda existente no município, embora tivesse que ser reorganizado o processo de trabalho do farmacêutico e dos profissionais que atuam na farmácia com o objetivo de garantir a toda a população o acesso aos medicamentos e adequada atenção farmacêutica.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, faz-se importante ressaltar que, embora a Organização Mundial da Saúde desde 1988 tenha iniciado a discussão da necessidade de reestruturar o processo de trabalho do farmacêutico nos sistemas de saúde, ainda são incipientes os avanços no processo de inserção do farmacêutico no cuidado à saúde da população. Mesmo que na atualidade estejam sendo implementadas políticas em saúde que visam a introdução de mudanças no desempenho do profissional farmacêutico na atenção à saúde no Brasil, a transformação do papel do farmacêutico na atenção integral à saúde tem ocorrido de modo gradual, tendo que vencer obstáculos relacionados à cultura operacional do sistema de saúde brasileiro, desde a estrutura física até o fluxo de trabalho nas unidades de saúde.

A implementação do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção primária à saúde do município de Curitiba contribuiu para a ressignificação da identidade dos profissionais farmacêuticos no âmbito dos serviços públicos de saúde. Embora o farmacêutico ainda seja visto, majoritariamente, como o profissional cuja qualificação se encontra exclusivamente dirigida para a gestão do fluxo dos medicamentos, usuários e outros profissionais da saúde que conheceram sua atuação no serviço de clínica farmacêutica começam a modificar a compreensão que têm do seu papel no processo de atenção integral à saúde. Os próprios profissionais farmacêuticos, ao atuarem no serviço, passam a enxergar lacunas em sua formação acadêmica, buscando preparar-se para a realização das tarefas de assistência direta à saúde dos usuários.

Um problema adicional a ser tratado é que, além da introdução de modificações na qualificação profissional dos farmacêuticos, outros profissionais da saúde também têm de ser preparados para as mudanças que a experiência da clínica farmacêutica introduz no processo de atenção ao usuário. Nesse ponto em particular, ganha especial relevância a necessidade de modificações na formação dos médicos, que continuam a ser qualificados segundo o modelo flexneriano, centrado em sua atuação, e que expressam grande resistência à mudança para uma forma de atuação interprofissional, que a melhoria da assistência farmacêutica está a exigir na atualidade. A ampliação do serviço de clínica farmacêutica na rede de saúde curitibana e sua difusão por outros municípios do país pode representar a janela aberta para o surgimento de uma

nova articulação do trabalho entre os médicos e os farmacêuticos, permitindo o desenvolvimento de uma compreensão holística sobre o processo de acompanhamento da evolução do tratamento medicamentoso dos usuários.

É importante ressaltar que a farmacoterapia constitui um instrumento essencial para a proteção, reabilitação e recuperação da saúde dos indivíduos, tratando-se da modalidade terapêutica de uso mais recorrente na prática médica da atualidade. No entanto, para que sua eficácia seja preservada, faz-se necessário o uso racional do medicamento, no que se refere à utilização do medicamento adequado, para o usuário adequado, no momento oportuno, na quantidade e qualidade apropriadas. Não sendo assim, o uso do medicamento pode tornar-se um risco para a saúde do indivíduo, desencadeando complicações que acarretam o agravamento de seu estado de saúde, gerando demandas de maior complexidade para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde. O serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica proporciona a oferta de atenção farmacêutica humanizada, contribuindo para a mitigação dos problemas relacionados à farmacoterapia, tais como as reações adversas, o uso inadequado de medicamentos e a não adesão ao tratamento medicamentoso.

O serviço de clínica farmacêutica é uma tecnologia leve e inovadora, que tem contribuído para o cuidado da saúde da população curitibana. No entanto, sua assimilação pelo sistema de saúde depende da constância de sua oferta na rede de atenção básica e da expansão de sua abrangência e do número de atendimentos aos usuários. Para que isso ocorra, os encarregados das gestões central e locais dos serviços de saúde possuem um papel fundamental: se enxergarem o serviço de clínica farmacêutica como uma ferramenta que auxilia alcançar a humanização do tratamento medicamentoso, potencializando seus resultados, poderão contribuir com suas decisões para a promoção e garantia da oferta do serviço em todas as unidades da rede de atenção básica à saúde. Caso contrário, poderão impedir seu desenvolvimento futuro, determinando até mesmo a descontinuidade da oferta do serviço naqueles locais em que ele já existe.

Certamente, as decisões futuras dos gestores sobre a oferta do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica do município de Curitiba e de outras localidades deverão levar em conta as potencialidades do serviço para a resolução de

demandas concretas dos usuários da rede pública de saúde. A esse respeito, e como eventual contribuição aos gestores, registra-se aqui que o melhor aproveitamento do serviço de clínica farmacêutica na rede de atenção básica à saúde parece ocorrer quando sua destinação tem por foco o atendimento a usuários que padecem de doenças crônicas (p. exemplo: diabetes, hipertensão arterial, enfermidades psiquiátricas, etc.), e que por isso fazem uso contínuo de medicamentos. Esses usuários constituem um público de grande vulnerabilidade para os riscos decorrentes do uso não racional de medicamentos, e a atenção farmacêutica que lhes é dirigida deve cuidar da prevenção desses riscos. Além desse público, também os usuários que padecem de doenças transmissíveis cuja eficácia da terapia medicamentosa dependa da observância estrita das indicações terapêuticas (p. ex.: pessoas que adquiriram tuberculose), poderão se beneficiar do acompanhamento clínico de seu tratamento realizado pelo farmacêutico.

Considera-se que o serviço de clínica farmacêutica deve ser implantado na rede de atenção básica dos municípios do território brasileiro, sendo que este contribui para garantir o princípio da integralidade e promover o uso racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. São Paulo: SP. Edições 70 LDA/Almedina Brasil, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988.

**Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988.

Disponível em:

[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF. 19, set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF. 26, jan. 1999. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm). Acesso em: 29 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25, p. 39, 2001. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acesso: 5 out. 2018.

BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 6 mai. 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 30 de dez. 2010. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 21 de out. 2011. Disponível em:



[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1214 de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 13 de jun. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html). Acesso em: 12 oct. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 4: Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Ministério da saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: a experiência de Curitiba. Ministério da saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Ministério da saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Ministério da saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada**. Brasília, 2018. ISBN 978-85-334-2599-6.

BRUNS, S. F. **Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aroca, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13794>. Acesso em: 14 out. 2018.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. **Servícios farmacêuticos integrados al proceso de cuidado en salud: gestión clínica del medicamento**. Rev Pan-Amaz Saúde, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 20 mar. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6.

NASCIMENTO, A. A.; ALENCAR, T. O. **Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros y desencontros do processo da organização**. Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001000031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001000031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Ginebra: OMS, 1990. Disponível em:  
<http://www.forofarmaceticodelasamericas.org/wp-content/uploads/2018/04/Documento-de-Nueva-Delhi-diciembre-1988.pdf>. Acesso em: 29 mar 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Tóquio: OMS, 1993. Disponível em:  
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf> Acesso em: 29 mar 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **47ª Asamblea Mundial de la Salud**. Ginebra: OMS, 1994.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Selección de medicamentos esenciales**. Ginebra: 1977. Disponível em:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20185es/s20185es.pdf> Acesso em: 30 mar 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2013. Disponível em:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf> Acesso em: 28 mar 2019.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em:  
<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 5 out. 2019

## **APÊNDICE – ROTEIRO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS COM OS FARMACÊUTICOS**

1. Descreva como ocorria a assistência farmacêutica aos usuários de serviços de saúde do município até o ano 2014.
2. Sintetize os principais problemas da política de assistência farmacêutica antes da estruturação do programa cuidado farmacêutico na atenção básica.
3. Descreva o processo de reestruturação da política de atenção farmacêutica, ocorrido em Curitiba a partir do 2014.
4. Quais foram os objetivos desse processo?
5. Descreva sua participação no processo de reestruturação da política de assistência farmacêutica em Curitiba.
6. Atualmente você desempenha alguma função na política de assistência farmacêutica em Curitiba-PR?
7. Quais foram os maiores obstáculos da implantação do novo modelo de assistência farmacêutica nos serviços de saúde de Curitiba?
8. Descreva as principais estratégias adotadas no processo de reestruturação da política de assistência farmacêutica em Curitiba.
9. Houve aspectos facilitadores do processo de reestruturação?
10. Como estão organizados os serviços de assistência farmacêutico no município?
11. Descreva os objetivos atuais da política de assistência farmacêutica no município de Curitiba.
12. Qual é a abrangência dos serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica em Curitiba?
13. Você avalia que o serviço de cuidado farmacêutico na atenção básica atende à demanda existente?
14. Os serviços de cuidado farmacêutico são destinados a públicos prioritários de usuários?
15. Descreva as mais relevantes mudanças organizacionais introduzidas pela nova política de assistência farmacêutica de Curitiba.
16. Como era desempenhado o trabalho dos profissionais farmacêuticos antes da reestruturação dos serviços de atenção farmacêutica do município?

17. Como é desempenhada a atuação do farmacêutico no programa de atenção farmacêutica no momento atual?
18. Descreva o processo de trabalho entre profissionais da saúde nos serviços de atenção farmacêutica no município
19. Descreva a relação entre farmacêuticos e outros profissionais da saúde no processo de atenção farmacêutica aos usuários dos serviços municipais de saúde.
20. Aponte as dificuldades mais relevantes no processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde durante a atenção farmacêutica aos usuários dos serviços de saúde municipais
21. Aponte os pontos fortes desse processo de trabalho.
22. Descreva a relação entre a equipe multiprofissional da saúde e os usuários no serviço de atenção farmacêutica em Curitiba.
23. Descreva a relação entre o farmacêutico e os usuários.
24. Aponte as dificuldades mais relevantes na implementação da atenção farmacêutica aos usuários dos serviços municipais de saúde.
25. Aponte aspectos facilitadores na implementação da atenção farmacêutica aos usuários dos serviços municipais de saúde.
26. Na sua percepção, quais foram os resultados da nova política de atenção farmacêutica do município de Curitiba?
27. Na sua percepção, em que medida e de que modo a nova política de atenção farmacêutica incorporou os princípios da humanização na atenção à saúde?

## **ANEXOS**

## ANEXO I – FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA			
<b>PERFIL DO PACIENTE</b>			
<b>Unidade de Saúde:</b>		<b>Data e horário da 1ª consulta:</b>	
<b>Origem:</b>		<b>Local de atendimento:</b> <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio	
<b>Nome do paciente:</b>			
<b>Data de nascimento:</b>		<b>Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>Idade:</b>			
<b>Escolaridade:</b>		<b>Ocupação:</b>	
<b>Telefone:</b>		<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b> <b>IMC:</b>
<b>Endereço:</b>			
<b>Com quem mora?</b>			
<b>Limitações:</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:			
<b>Autonomia na gestão dos medicamentos:</b>			
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho			
<b>Tem cuidador?</b> <input type="checkbox"/>		Nome: _____	
Não <input type="checkbox"/> Sim		Parentesco: _____ Telefone: _____	
<b>Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:</b>			
<b>HISTÓRIA SOCIAL</b>			
<b>Bebidas alcoólicas:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____			
Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____			
Tempo de uso: _____			

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA							
<b>PERFIL DO PACIENTE</b>							
<b>Tabaco (cigarro, charuto, narguilé):</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade/dia _____ Anos de uso _____ Anos/maço: _____							
<b>Exercício físico:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
<b>Hábitos alimentares</b> (restrições, consumo de água e de alimentos):	<b>Rotina (horários e observações importantes)</b>						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
<b>ACESSO AOS MEDICAMENTOS</b>							
<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____					
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas						
<input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular	<input type="checkbox"/> Farmácias magistrais						
<input type="checkbox"/> F. comunitária pública	<input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"						
<input type="checkbox"/> F. especial/ambulatorial							

PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração: localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual *
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

\* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora Parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/  
Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES)

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota:	Motivo:
QUALIDADE DE VIDA	
Nota:	Motivo:



FARMACOTERAPIA ATUAL															
Princípio ativo/ Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ você? *
				Café		Almoço		Lanche		Jantar		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
<b>ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira/urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura/desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual			<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor	

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização	
ALERGIAS				
Alergias conhecidas [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim:				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento prescrita inadequada	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	
<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração do paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de administração ou adesão não especificados	

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou de manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duração de tratamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	
<input type="checkbox"/>	Uso de medicamento vencido	
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento Suspensão de medicamento Substituição de medicamento Alteração de forma farmacêutica Alteração de via de administração Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária Aumento da dose diária Redução de dose diária Outras alterações na terapia não especificadas
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial Recomendação de monitoramento não laboratorial Recomendação de automonitoramento Outras recomendações de monitoramento não especificadas
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico Encaminhamento ao médico Encaminhamento ao enfermeiro Encaminhamento ao psicólogo Encaminhamento ao nutricionista Encaminhamento ao fisioterapeuta Encaminhamento a serviço de suporte social Encaminhamento a programa de educação estruturada Encaminhamento ao pronto atendimento Outros encaminhamentos não especificados



INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
PROVISÃO DE MATERIAIS	
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados	
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento	
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE	
<hr/> <hr/>	
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO	
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico/Assinatura:



**ANEXO II – REGISTRO DE CONSULTA DE RETORNO (PRONTUARIO)**

REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO		
Paciente:	Data:	Hora início:
RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES		
MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA	Evolução/O que aconteceu:	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		
PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS – RETORNO		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

\* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/  
Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL – RETORNO															
Princípio ativo/ concentração	Posologia prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ você? *
				Cafê		Almoço		Lanche		Jantar		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?			[ ] Não [ ] Sim		
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?			[ ] Não [ ] Sim		
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?			[ ] Não [ ] Sim		
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?			[ ] Não [ ] Sim		
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim					
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES?					
[ ] Não [ ] Sim					
[ ] Dor de cabeça	[ ] Tontura/desequilíbrio			[ ] Dor muscular	
[ ] Coceira/urticária	[ ] Incontinência/problema urinário			[ ] Fadiga/cansaço	
[ ] Problemas de sono	[ ] Problema sexual			[ ] Mudança no humor	
[ ] Problema gastrointestinal					

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização		Modo de preparo/utilização

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa intencional
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas



INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
PROVISÃO DE MATERIAIS		
<input type="checkbox"/> Lista ou calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
<hr/>		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico/Assinatura:	Data e horário da próxima consulta:

### ANEXO III – MODELO DE LISTA DE MEDICAMENTOS A SER ENTREGUE AO PACIENTE



#### MEUS MEDICAMENTOS

Nome:		UMS:	
Telefone:		Data:	

Nome do Medicamento	Para quê?	Como usar?	Quem Prescreveu?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Alergias conhecidas? [ ☐ ] Não [ ☐ ] Sim:

Observações:

Farmacêutico Responsável:

Telefone:

Esta lista de medicamentos é pessoal. Não recomende nenhum de seus medicamentos a ninguém. Carregue esta lista sempre consigo e apresente ao médico ou profissional de saúde sempre que for atendido(a). Caso seu tratamento seja modificado, procure seu farmacêutico para obter uma nova lista.

Serviço de Clínica Farmacêutica – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Paraná

Imagem gentilmente cedida pela Coordenação de Atenção Farmacêutica da  
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR.



**ANEXO IV – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO, CONSIDERANDO AS CRENÇAS, AS NECESSIDADES E AS PREOCUPAÇÕES DO PACIENTE**

<b>BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE (BaMQ)</b>				
Salgado T., Marques A., Geraldés L., Benrimoj S., Horne R., Fernandez-Llimos F.. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo medical journal. 2013 Apr;131(2):88–94.				
Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:			Concordo	Não tenho certeza
			Discordo	
N1 – Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos			[ 3 ]	[ 2 ]
P1 – Ter que tomar estes medicamentos me preocupa			[ 3 ]	[ 2 ]
N2 – A minha vida seria impossível sem estes medicamentos			[ 3 ]	[ 2 ]
P2 – Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam			[ 3 ]	[ 2 ]
N3 – Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente			[ 3 ]	[ 2 ]
P3 – Estes medicamentos são um mistério para mim			[ 3 ]	[ 2 ]
N4 – A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos			[ 3 ]	[ 2 ]
P4 – Estes medicamentos perturbam a minha vida			[ 3 ]	[ 2 ]
P5 – Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos			[ 3 ]	[ 2 ]
N5 – Estes medicamentos protegem-me de ficar pior			[ 3 ]	[ 2 ]
P6 – Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis			[ 3 ]	[ 2 ]
<b>SOMATÓRIA NECESSIDADE:</b>	/15	<b>Escala 0-100:</b>	N	=
<b>SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO:</b>	/18	<b>Escala 0-100:</b>	P	

**ANEXO V – MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL**

NOME:				
DIA	HORÁRIO	VALORES – MANHÃ	HORÁRIO	VALORES – NOITE
<b>DIA 1</b> ____ / ____ / ____	____ : ____	Medida 1:	____ : ____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
<b>DIA 2</b> ____ / ____ / ____	____ : ____	Medida 1:	____ : ____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
<b>DIA 3</b> ____ / ____ / ____	____ : ____	Medida 1:	____ : ____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
<b>DIA 4</b> ____ / ____ / ____	____ : ____	Medida 1:	____ : ____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
INSTRUÇÕES				
<p>Efetuar duas medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e duas medidas à noite, antes do jantar ou após duas horas.</p> <p>Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.</p> <p>Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição.</p> <p>No momento da medição ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima.</p> <p>Colocar o manguito no braço ao nível do coração.</p> <p>Durante a medição não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.</p> <p>Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas.</p> <p>Anotar o horário e o valor de cada medida.</p>				

---

**Farmacêutico responsável**

## ANEXO VI – DIÁRIO GLICÊMICO E MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

DIÁRIO GLICÊMICO							
NOME:							
DATA DE INÍCIO DO MONITORAMENTO: ____ / ____ / ____							
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Jejum							
Após o café							
Antes do almoço							
Após o almoço							
Antes do jantar							
Após o jantar							
Hora de dormir							
Observações *							

\* Atividades fora da rotina, como: festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes etc.